FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE N° 1305

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Pierre, Jacques, Bernard POPOT
né le 1er Juillet 1931 à Santilly (E & L)
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le : 1962

RESULTATS DE L'ETUDE RADIOLOGIQUE DES VOIES BILIAIRES ET DU TEST CHOLERETIQUE-MORPHINE CHEZ LES MIGRAINEUX.

Président : Mr. Ch. DEBRAY, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V•

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Pierre, Jacques, Bernard POPOT

né le 1er Juillet 1931 à Santilly (E & L)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

RESULTATS DE L'ETUDE RADIOLOGIQUE DES VOIES BILIAIRES ET DU TEST CHOLERETIQUE-MORPHINE CHEZ LES MIGRAINEUX.

Président : Mr. Ch. DEBRAY, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V°

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Broussais	SOULIÉ (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Lariboisière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	CAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAILLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (S.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TROYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A. QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J,)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) ARFLINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon ami Bernard DEJOIE

Diplomé de l'école des Sciences Politiques
Chevalier de la légion d'honneur
Sous - lieutenant au 1 R.C.P.

mort pour la France en pays THAI

Je lui dois le choix de ma carrière.

A mes parents

Ils ont toujours été pour moi un exemple de droiture et de bonté .
Qu'ils trouvent ici un humble témoignage de ma reconnaissance.

Au docteur Eliane Palot, ma femme

qui a fait preuve de beaucoup d'abnégation pendant ces études et dont le soutien m'a été si précieux.

A ma fille

A toute ma famille

A mes amis.

A mon Maître le Professeur Charles DEBRAY

Professeur de Clinique Médicale d'Hydrologie
Thérapeutique et de Climatologie
Médecin de l'Hôpital Bichat

qui a bien voulu m'accueillir dans son service, me prodiguer son enseignement et qui m'a fait le grand honneur de me confier ce travail.

En témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur HARDOUIN

Médecin des Hôpitaux de Paris

qui a bien voulu me guider dans la réalisation de ce travail et me confier des observations personnelles.

En témoignage de ma reconnaissance.

A mes maîtres d'externat :

- Docteur Jean QUENU
  Professeur de clinique chirurgicale
- Docteur DESNOYERS (in memoriam)
  Gynécologue accoucheur de l'hopital Beaujon
- Docteur UHRY
  Médecin de l'hopital de la Pitié
- Docteur LELONG
  Professeur de clinique pédiatrique
- Docteur FEY
  Professeur de clinique urologique
- Docteur ALBOT
  Médecin de l'hotel - Dieu
- Docteur NADAL
  Radiologiste de l'hopital Bichat

A monsieur le Docteur LE CANUET
Radiologiste de l'hopital Pasteur

Aux Docteurs Jean COLIN et Georges DESMONTS

INTRODUCTION.

Souvent dans l'esprit du public, la crise migraineuse est une "crise de foie" et cette interprétation s'explique aisément par les phénomènes digestifs qui, de façon habituelle, font partie du tableau clinique et accompagnent le symptôme majeur que représente la céphalée.

De fait, de nombreux migraineux venant consulter en gastro-entérologie sont atteints de troubles digestifs permanents ou intermittents dont la nature évoque avant tout ce qu'il est convenu d'appeler une "dyspepsie biliaire" : intolérance aux sauces et graisses cuites, ballonnement et pesanteur post-prandiale, parfois des douleurs sous-costales droites d'allure franchement biliaire. L'accès de migraine est souvent déclenché par un écart de régime et la crise prend alors fréquemment l'aspect de la "migraine biliaire" avec état nauséeux et vomissements abondants qui souvent calment la crise.

Il est évident que ce type de malades est beaucoup plus fréquent dans une consultation de gastro-entérologie que dans une consultation de neurologie ou d'ophtalmologie. S'agit-il de malades différents ? Le problème est difficile à trancher par la clinique.

Sans prendre partie sur les conceptions pathogéniques il est indispensable chez de tels malades de faire un examen radiologique des voies biliaires.

Il nous a semblé qu'il serait intéressant de confronter l'étude radiologique des voies biliaires et les renseignements cliniques chez les migraineux. En parcourant la littérature nous avons été frappés par la pauvreté de cette étude. La plupart des publications relatives à ce sujet sont anciennes et n'ont pas profité des progrès actuels des techniques d'exploration radiologique des voies biliaires ; ces études ont porté en effet essentiellement sur des cholecystographies per os.

Nous rapportons ici les observations de 75 migraineux pris au hasard et nous avons pu pour la plupart de nos malades pratiquer une cholecystographie, une cholangiographie intra-veineuse avec morphine ou codéine, une épreuve cholérétique-morphine.(C'est là une épreuve nouvelle qui bien que n'étant pas à proprement parler un élément de l'étude radiologique des voies biliaires nous paraît d'un grand intérêt par l'interprétation physio-pathologique de la douleur biliaire et de certaines migraines ; elle couple l'action d'un cholérétique et de la morphine).

En conclusion on peut se demander si l'on va trouver un critère radiologique permettant de différencier ces "migraines biliaires" des migraines à composante plus neurologique où les signes digestifs sont réduits au minimum.

C'est le résultat de nos constatations qui fera le but de ce travail.

cpo

P L A N D ' E T U D E

I - HISTORIQUE

II - CLINIQUE

a - Définition de la migraine

b - Caractères cliniques de la migraine

c - Diagnostic différentiel

d - Notre matériel d'étude

III - LA REVUE DE LA LITTERATURE SUR L'EXPLORATION RADIOLOGIQUE DES VOIES BILIAIRES CHEZ LES MIGRAINEUX.

a - En dehors des crises

b - En crise

IV - LES EXAMENS RADIOLOGIQUES SUR LESQUELS REPOSE L'ETUDE DE NOS OBSERVATIONS

a - La cholecystographie : - technique
- résultats normaux

b - La biligraphie intra-veineuse

Technique - simple
- avec morphine ou codéine

Résultats normaux

c - L'épreuve cholérétique-morphine : - technique
- résultats normaux.

V - NOS CONSTATATIONS

VI - NOS OBSERVATIONS.

oOo

I - H I S T O R I Q U E

La migraine,connue depuis l'antiquité , a donné lieu à d'innombrables travaux. Hippocrate déjà avait décrit une migraine ophtalmique typique, mais sans la distinguer des autres céphalées.

C'est à la fin du premier siècle qu'Aretée de Cappadoce isole pour la première fois l'hémicrânie avec douleurs paroxystiques et nausées.

Au XIX° siècle, Trousseau et Charcot donnent de l'affection une description clinique encore valable. Les travaux modernes se sont surtout attachés à la physiopathologie et à la pathogénie de l'affection. De très nombreuses études se sont efforcées de préciser le rôle des troubles digestifs, mais ce n'est qu'au début du XX° siècle que l'on recherche l'origine biliaire de certaines migraines.

En I923, Vincent Lyon de Philadelphie attire l'attention sur les bienfaits du tubage duodénal. Chiray et Triboulet en I925 posent pour la première fois la question du rôle joué par la stase biliaire fonctionnelle et décrivent la migraine parmi les symptômes de la cholecystatonie. Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier en I927 créent le terme de "migraine biliaire" où ils groupent les migraines accompagnées de vomissements bilieux particulièrement abondants, soulagées par le tubage. Les travaux étrangers de Mac Clure, Huntsinger, Hang, Wohrmann et Hunt confirment la fréquence d'une affection biliaire.

Après le vaste travail de synthèse de Pasteur Valléry-Radot et Hamburger sur les migraines en I935; il faut citer au congrès d'Etudes Physiopathologiques du foie en I949 sur la migraine, les rapports de Caroli, Paraf et Alliot, de Mallet-Guy, de Vachon, Blondet et Buffard.

Les travaux contemporains sont trop nombreux pour qu'on puisse les citer.

oOo

II - C L I N I Q U E

A - DEFINITION (24)

- Comme l'indique le terme même d'hémicrânie, la topographie de la douleur est caractéristique et se limite en général à une moitié, droite ou gauche de la tête. Mais cette unilatéralité stricte n'est vraie dans nombre de cas qu'au début de la crise.
- Elle comporte des crises de céphalées paroxystiques évoluant par accès, accompagnées de tout un cortège symptomatique permettant de la reconnaître.

B - DIAGNOSTIC POSITIF

- Il se base sur une analyse précise des caractères de la céphalée. Il repose donc essentiellement sur l'interrogatoire qui devra être conduit avec beaucoup de minutie et de précision, en évitant toutefois d'être trop suggestif.

Caractères cliniques :

- La migraine , que l'on voit dans une consultation de gastro-entérologie, a dans ses aspects habituels des symptômes parfaitement définis :

a - Aspects habituels

- Ayant débutée souvent au moment de la puberté, elle est plus fréquente chez la femme.

- Elle est en général déclenchée par des aliments bien précis que la malade désigne elle-même : il s'agit des oeufs, des graisses, des ragouts, des fritures, du chocolat, parfois des féculents. Habituellement la malade les a éliminés spontanément de son alimentation, la moindre dérogation déclenchant parfois une crise migraineuse.

- Il faut souligner d'autre part que les migraineux sont particulièrement sensibles aux facteurs alimentaires en période pré-menstruelle et aussi à l'occasion des soucis, du surmenage, de la tension nerveuse, de la fatigue générale.

- La migraine est une céphalée unilatérale, une hémicrânie le plus souvent antérieure fronto-pariétale ou fronto-temporo-pariétale. Assez souvent elle est rétro-orbitaire. Elle réalise une douleur à type de battement ou de striction, plus ou moins pulsatile, accrue par toutes les excitations sensorielles.

- La crise de migraine débute habituellement au réveil et persiste de quelques heures à deux ou trois jours. Son intensité est variable, parfois sévère elle peut constituer un lourd handicap social lorsque les crises surviennent à intervalles rapprochés.

- Elle est souvent précédée et accompagnée de signes oculaires : mouches volantes, scotome scintillant, photophobie qui oblige en général la malade à se réfugier dans l'obscurité.

- Les nausées sont habituelles, les vomissements bilieux sont en règle libérateurs et annoncent la fin de la c ise. Enfin et d'une façon plus fréquente qu'il n'est habituel de le dire, les migraines s'accompagnent de douleurs sous-costales droites, d'intensité très variable, pouvant aller jusqu'à la véritable colique hépatique et qui ne correspondent pas toujours à des anomalies radiologiques des voies biliaires comme nous le verrons.

b - <u>Formes cliniques</u> :

Mais la migraine la plus authentique a parfois des aspects atypiques qui peuvent poser quelques problèmes diagnostiques avec les autres céphalées.

- La céphalée peut être diffuse, cependant elle prédomine en général d'un côté ou a débuté unilatéralement. Il existe des migraines occipitales.

- Dans certaines crises, on décrit des phénomènes parétiques ou dysesthésiques au niveau des extrémités, qui pour être reconnus comme authentiquement migraineux imposent un examen neurologique des plus attentifs.

- Il existerait également des équivalents nauséeux ou vomitifs qui eux aussi ne doivent être admis qu'avec réserve.

Quel que soit le tableau réalisé il est fréquent de provoquer une douleur intense de l'hypochondre droit lors de la manoeuvre de Murphy chez un migraineux.

En conclusion de ce chapitre, les caractères principaux à retenir pour le diagnostic de migraine sont :

- l'unilatéralité, les signes d'accompagnements occulaires ou digestifs, l'évolution spontanément régressive et récidivante et enfin, parfois, la notion de l'hérédité.

C- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL : (I8)

Ce sont les critères ainsi définis et avant tout le caractère hémicrânie qui vont permettre d'éliminer les autres céphalées.

a - Nous éliminerons d'abord la céphalée diffuse du syndrome céphalée - dyspepsie - hypochondralgie droite de la classique insuffisance hépatique (Ch. Debray. J.P. Hardouin et J. Fablet).

- Il s'agit ici d'une céphalée diffuse à type de tension ou de lourdeur, avec nausées et douleurs sourdes de l'hypochondre droit. Les malades sont habituellement constipés et se plaignent d'un état saburrhal des voies digestives.

b - Les autres céphalées

- Céphalées de causes neurologiques

Le diagnostic de migraine ne sera porté qu'après un examen neurologique complet et surtout un examen du fond d'oeil permettant d'éliminer les céphalées neurologiques:

1 - Céphalées traumatiques : très fréquentes au décours d'un traumatisme crânien, accompagnées de vertiges, de bourdonnements d'oreilles et d'asthénie (syndrome subjectif des traumatisés crâniens).

2 - Céphalées tumorales qui seront suspectées lorsqu'il existe une stase papillaire au fond d'oeil et qui imposent toute une série d'investigations neuro-chirurgicales.

3 - Céphalées en rapport avec des affections neuro-méningées pour lesquelles l'examen du liquide céphalo-rachidien sera indispensable pour préciser la nature du processus en cause.

- Céphalées de causes locales

1 - Les céphalées d'origine naso-sinusienne très fréquentes - Frontales en règle, elles sont exagérées par l'inclinaison de la tête vers le bas. On fera tous les examens complémentaires nécessaires.
Le diagnostic peut être difficile lorsqu'à la migraine s'associe une allergie naso-sinusienne souvent surinfectée.

2 - Les céphalées d'origine oculaire sont également très fréquentes. Le plus souvent elles sont liées à un trouble de la réfraction. Elles sont en règle retro-orbitaires.

3 - La maladie de Horton ou artérite temporale s'accompagne de douleurs dans la région temporale irradiant dans tout l'hémicrâne Il existe des signes locaux d'inflammation : l'artère temporale est tuméfiée, sensible. Il s'y associe fréquemment une atteinte d'autres segments artériels (coronaires - membres inférieurs - artère centrale de la rétine).

La vitesse de sédimentation est accélérée.

4 - La névralgie faciale peut prêter à confusion avec la migraine dans les cas où la douleur prédomine dans le territoire du nerf ophtalmique.

5 - Les névralgies occipitales peuvent par leurs irradiations être prises pour des céphalées occipitales. Elles peuvent être liées, soit à une cellulite de la nuque, soit à une arthrose cervicale que les examens radiologiques permettront de mettre en évidence.

- Céphalées de causes générales :

En l'absence de causes locales, il faut rechercher la possibilité de céphalées de causes générales :

1 - La céphalée des hypertendus; sa prédominance occipitale, son siège exclusivement occipital l'opposent nettement aux migraines. Mais l'association migraine-hypertension n'est pas rare.

2 - La migraine devra être distinguée du syndrome de vaso-dilatation hémicéphalique décrit par Pasteur Valléry-Radot (23) ou céphalée histaminique de Horton.
Le syndrome est caractérisé par l'association d'une céphalée unilatérale à une rougeur intense de l'hémi-face avec larmoiement et rhinorrhée de ce côté. Le début en est le plus souvent nocturne. Les signes diminuent en position debout et sont bien calmés par les adrénaliniques.

3 - Les céphalées par tension nerveuse sont de plus en plus fréquentes dans la vie moderne. Le terrain est souvent le même que le migraineux.
Surmenage et nervosité sont les principaux facteurs de leur génèse. Elles réalisent en règle des céphalées survenant en fin d'après-midi, souvent fronto-occipitales à type de tension. Elles sont en règle calmées par les antialgiques habituels et disparais-

sent pendant les périodes de repos. Certains invoquent une contraction douloureuse des muscles de la nuque avec un terrain professionnel électif (secrétaires,standardistes)

On sait néanmoins l'influence du surmenage et de la tension nerveuse dans les céphalées digestives et les migraines les plus authentiques. On conçoit donc que la distinction ne soit pas toujours facile et qu'il existe des cas frontières.

D - MATERIEL D'ETUDE

Partant de ces critères de migraine nous avons relevé 108 dossiers de migraineux examinés dans le service du Professeur Charles Debray à l'hôpital Bichat et pour quelques-uns en ville (malades personnels du Docteur J.P. Hardouin).

Parmi ces malades nous avons dû éliminer certaines observations :

- Il manquaient de précisions cliniques sur les caractères de la migraine,
- 6 migraineux vrais avaient des affections intriquées qui retiraient de la rigueur à nos critères de migraine : 3 vaient une cirrhose alcoolique, 1 malade était une polyopérée des voies biliaires, 1 malade avait eu un traumatisme crânien important en présentait des symptômes du syndrome des traumatisés du crâne, 1 autre malade présentait enfin des troubles psychiques.certains.
- Les dossiers de 16 malades n'ont pu être conservés par manque de documents radiologiques, la plupart étant venus consulter avant que nous commencions ce travail avec des radiographies personnelles dont nous n'avons pas eu communication.

C'est donc en définitive les observations de 75 malades que nous rapportons dans cette étude :

- 62 malades ont eu une cholecystographie, 8 étaient des cholecystectomisés.

- 58 malades ont eu une cholangiographie intra-veineuse qui pour 44 d'entre eux a pu être complétée d'examen avec modificateurs pharmaco-dynamiques.

- 55 malades ont eu une épreuve cholérétique-morphine.

oOo

C H A P I T R E III

Nous rapportons ici les travaux sur l'étude radiologique des voies biliaires chez les migraineux que nous avons relevées dans la littérature.

Si les travaux sur les explications pathogéniques et les rapports entre migraine d'une part et foie et voies biliaires d'autre part sont nombreux, par contre les études proprement radiologiques restent pauvres.

Pour cette étude nous avons adopté le plan de Brondel et Bayle qui ont fait une synthèse de 400 observations de migraineux (3-4).

A - L'ETUDE RADIOLOGIQUE EN DEHORS DES CRISES MIGRAINEUSES est naturellement la plus étudiée. L'on peut distinguer plusieurs groupes de faits radiologiques :
- la lithiase biliaire
- les dystonies vésiculaires
- les dyskinésies oddiennes.

a - La lithiase biliaire chez les migraineux :

Sa fréquence varie avec les auteurs :

- Mac Clure (9) sur 40 malades atteints de migraines rapporte I0 lithiases certaines et 6 vésicules exclues par lithiase probable.
- Hunt (I6) étudiant 60 malades atteints de migraine a fait une cholecystographie pour I8 d'entre eux . Il observe 8 vésicules exclues par lithiase.

- Mais ces travaux sont anciens et portent sur un nombre restreint de malades. Twiss (30) dans son "rapport des voies biliaires et de la migraines" en I95I rapporte l'examen de 25 migraineux : 22 avaient une vésicule normale, 2 une lithiase, la dernière une vésicule coudée.

- Brondel dans son travail portant sur 400 migraineux a observé 76 lithiases, soit I9% de lithiase. Parmi celles-ci :
  4% étaient latentes,
  6% provoquaient des douleurs biliaires franches au moment des migraines
  9% provoquaient des douleurs biliaires en dehors des migraines.

  Parmi ces lithiases tous les aspects peuvent être observés, cependant pour l'auteur les calculs de cholestérine semblent plus fréquants que pour l'ensemble des lithiases pures.

- Tous les autres auteurs qui ont traité le sujet sont en accord avec Brondel pour dire que la lithiase n'est pas plus fréquente chez les migraineux que dans une population normale, compte tenu de l'âge moyen du migraineux et surtout de la prépondérance de l'affection pour le sexe féminin.

b - Les aspects radiologiques de dystonie biliaire :

Les relations entre la migraine et les troubles hépato-vésiculaires sont fort discutables et il semble bien que d'après leurs travaux Caroli et ses élèves (6) vont jusqu'à penser que les dyskinésies biliaires si souvent retenues jusqu'ici comme causes de la migraine en sont plutôt la conséquence.

1 - Quel que soit l'ordre dans lequel on admet que se succèdent phénomènes hépatiques, vésiculaires et migraines, tous les auteurs ont longtemps pensé à la suite des travaux de Chiray (8) que la vésicule des migraineux était souvent une vésicule de stase.

- Les images de grosses vésicules avaient déjà été décrites par Berg et Westphall mais ce sont Chiray et Pavel en I925, qui, les premiers, ont montré leur fréquence chez les migraineux. Ils définissent la cholecystatonie comme "une distension atonique de la vésicule complètement indépendante de tout obstacle mécanique et correspondant physiologiquement à une diminution du tonus et de la contractilité vésiculaire" . Le cholecyste est nettement augmenté de volume, flasque, ne se vidant pas lors de la prise du repas de Boyden.

- En fait de nombreux travaux sont venues diminuer le cadre de ces cholecystatonies, montrant qu'en réalité bon nombre d'entre elles répondaient à des atonies secondaires à des obstacles infundibulo-cervico-cystiques d'où le terme d'"asystolie vésiculaire" créé par Albot pour désigner ces états (I).

- Pour Brondel I5% des migraineux ont une vésicule atonique.

- En fait actuellement la cholecystatonie vraie parait exceptionnelle.

2 - Les vésicules hypertoniques

- A l'opposé des vésicules de stase Brondel rapporte 2% des vésicules hypertoniques, c'est-à-dire avec évacuation exagérée et rapide, ou s'il existe un obstacle cystique réalisant l'aspect en bille.

α - Albot et Toulet (2) rapportent également 5 observations de migraineux présentant une hyper-évacuation vésiculaire et pensent que l'association migraine hyper-évacuation vésiculaire s'observe dans 5 à I0% des cas de migraines. Par leur méthode de cholecystographie face et profil (29) ils constatent une hyperévacuation vésiculaire (plus de 70% alors que la normale est de 60%) avec sur leurs cinq observations 3 fois une hyperkinésie ; ce qui se traduit pour ces auteurs par un redressement de l'axe vésiculaire objectivé par une augmentation de l'angle vésiculo-vertébral sur les clichés de profil (normalement cet angle est de 5 à I5°, dans ces cas avec hyperkinésie il était de 22-45 et 55°).

β - Les siphopathies

Bien étudiées par Ch. Debray (27) représentent un autre type de vésicule hypertonique, le deuxième sous-groupe de Brondel de vésicule hypertonique par obstacle cystique.La migraine n'y est en règle qu'un symptôme intriqué, mais certaines siphopathies se présentent comme des migraineux.

- La vésicule qui est de dimensions normales ou réduites prend un aspect globuleux, ramassé. Elle devient ovoïde, la grosse extrémité se trouvant souvent non pas en bas comme normalement, mais vers le haut de la vésicule.Parfois la vésicule prend une forme presque circulaire de vésicule bille. (il faut naturellement préciser par des clichés de profil qu'il ne s'agit point d'une vésicule de breviligne vue en bout dans son grand axe). Surtout, elle ne se vide pas après bladex.

- Les autres aspects de siphopathies peuvent être sans doute observées ; Rappelons-en les différents aspects qui à côté de la vésicule bille peuvent réaliser :
  - la vésicule en calebasse,
  - la siphopathie à courbes très serrées du siphon vésiculaire,
  - la vésicule en béret basque où le col est séparé de l'infundibulum par un sillon clair permanent.
  - le cystique est le plus souvent très grêle dans ces différentes formes de siphopathies.

c - Les dyskinésies Oddiennes

au cours des migraines ont été particulièrement étudiées par P.E. Robert et Rey dans sa thèse.

- P.E. Robert (26) a constaté une coïncidence remarquable entre la "migraine digestive" et le spasme du sphincter d'Oddi.

Robert déclare "j'appelle migraine digestive non pas seulement celle qui s'accompagne de vomissements, qui ne sont ici qu'un symptôme de vagotonie, mais celle qui s'insère dans le cadre d'une affection digestive, d'une dyspepsie, d'une colite, d'une constipation chronique. En contre partie j'ai accepté le diagnostic de spasme du sphincter d'Oddi sur cette double constatation faite au cours du tubage minuté :

- prolongation du blocage du sphincter au-delà de la IOè minute après l'injection d'huile d'olive,
- possibilité de faire céder ce blocage rapidement par l'injection de novocaïne."

Robert rapporte une étude portant sur 42 tubages minutés dont I4 pratiqués dans des syndromes migraineux d'origine digestive selon sa conception. Sur ces I4 cas, IO ont donné lieu à la découverte réellement spectaculaire d'un spasme du sphincter d'Oddi. Parmi les 4 autres, 3 malades se soht montrés atteints de spasme du cystique et 1 d'atonie simple de la vésicule biliaire sans spasme associé des voies biliaires. Il est à noter qu'aucun n'était indemne d'anomalie du tubage.

- Mais dans son travail Robert nerapporte que les résultats du tubage chez ces I4 migraineux sans décrire les aspects radiologiques observés.

- Rey (25) dans sa thèse sur "l'influence du spasme du sphincter d'Oddi au cours des migraines digestives" a repris l'étude de Robert et donne les résultats de son étude radiologique. Il dit que la cholangiographie intra-veineuse donne de meilleurs renseignements que la cholecystographie cependant pour les I8 observations de migraines qu'il rapporte il ne cite que 3 biligraphies. Il termine son étude en disant que la radiographie classique ne donne que des éléments de présomption sur un spasme de l'Oddi. Ces éléments de présomption étant :
  - un reflux biliaire dans le canal hépatique
  - une dilatation du cholédoque
  - une image de mauvaise évacuation vésiculaire.

Il conclut de l'exploration radiologique classique qu'elle est une méthode sans finesse car elle ne précise aucunement la nature et le siège de l'obstacle. Avec Robert il attache surtout de l'importance aux réponses du tubage minuté.

- Enfin, plusieurs auteurs citent la migraine comme un symptôme possible au cours des Oddites, mais elle est alors au second plan.

d - D'autres anomalies radiologiques :

sont enfin décrites : c'est ainsi que sont citées :

- des grosses vésicules d'aspect flasque mais s'évacuant correctement,
- de mauvaises imprégnations vésiculaires sans insuffisance hépatique et après une préparation correcte,
- des anomalies de position :
  vésicule ptosée, ou à l'inverse couchée, horizontale.
- des anomalies de forme :
  vésicule en hameçon , vésicule en bonnet phrygien, vésicule biloculée réalisant l'aspect en sablier.

Mais ces aspects ne peuvent être considérés comme pathologiques et sont actuellement de signification imprécise.

En définitive Brondel décrit sur 400 migraineux 36% de lésions organiques ou de troubles fonctionnels pour 44% de malades souffrant de crises douloureuses de type hépato-biliaire en même temps que de leur migraine.

En fait la plupart de ces études ne portent que sur des aspects radiologiques observés après opacification des voies biliaires per os. Il nous parait difficile de conclure sur ces seuls examens à des anomalies radiologiques. Comme nous le verrons dans notre quatrième chapitre nous considérons qu'une étude complète des voies biliaires ne se conçoit qu'en confrontant cholecystographie et cholangiographie : simple et avec modificateurs chaque fois que possible.

B - AU COURS MEME DES CRISES DE MIGRAINES

L'observation radiologique des voies biliaires est beaucoup plus difficile à réaliser sur un nombre suffisant de malades et les études restent rares.

- Après Léonard de Bruxelles qui a été le premier à pratiquer des cholecystographies pendant des crises douloureuses de l'hypochondre droit, Caroli et Madame Gilles (7) ont pu étudier le comportement du cholecyste dans quelques cas de migraines accompagnées de douleurs type hépato-biliaire. La crise migraineuse était déclenchée en incorporant un allergène au repas cholecystokinétique, du chocolat en particulier.

  Ainsi ces auteurs ont constaté deux ordres de faits :
  - soit un arrêt dans l'évacuation avec fermeture du col vésical et ballonisation de l'image vésiculaire signant une dyskinésie du col. Ils ont pu obtenir aussi la preuve d'une dyskinésie Oddienne lorsque en même temps que la crise douloureuse, ils ont constaté une dilatation de la voie biliaire principale par hyper-remplissage dû à une chasse vésiculaire normale ou hypertonique.

  - soit au contraire, cholecystographie absolument normale sans aucun blocage de l'évacuation qui n'est entravé ni au niveau du col vésiculaire, ni au niveau du sphincter d'Oddi.

- Caroli a pu confirmer ces aspects radiologiques par la cholangiographie intra-veineuse, qui est d'une application plus simple.

- De son côté Camena d'Almeida (5) rapporte 2 cas de migraines dans lesquels l'opacification de la vésicule par tétraïode au cours des crises, a montré l'absence totale de contraction de la voie biliaire accessoire, malgré des vomissements bilieux incessants. Il désigne sous le nom de "silence vésiculaire" cette paradoxale inertie.

- Nombreux sont les radiologues qui signalent le retard à la vidange de la vésicule, lorsque l'examen radiologique provoque une crise, chez le migraineux. Ils rattachent souvent ce fait aux vomissements qui accompagnent la migraine et empêchent ainsi le repas de Boyden de réaliser son but.

Au total, cette revue de la littérature concernant l'exploration des voies biliaires chez les migraineux ast assez pauvre et ne nous paraît pas avoir profité des progrès réalisés par les méthodes d'exploration radiologique actuelles. Si les anomalies radiologiques de la voie biliaire accessoire sont bien étudiées, par contre, nous n'avons pas trouvé d'études mentionnant les aspects dystoniques de la voie biliaire principale, en dehors des Oddites.

oOo

IV - LES EXAMENS RADIOLOGIQUES SUR LESQUELS REPOSENT L'ETUDE DE NOS MALADES (I9-27-30)

Les méthodes de l'investigation radiologique comportent essentiellement :

- l'examen direct
- la cholangiographie orale
- la cholangiographie par voie veineuse simple et avec modificateur pharmacodynamique (morphine ou codéine)
- bien que n'étant pas une investigation radiologique nous décrirons ensuite le test cholerétique-morphine, qui nous parait d'un grand intérêt dans l'exploration d'un migraineux.

Pour chacune de ces méthodes nous rappellerons brièvement la technique et les réponses normales.

Tous les examens seront bien entendu pratiqués à jeun après avoir éliminé le risque d'opacification parasite du fait d'ingestion médicamentause dans les 4 jours précédents l'examen (telle que bismuth, baryte, produits iodés).

Nous avons empreinté les éléments de cette étude à R. Le Canuet (I7).

A - L'EXAMEN DIRECT

"L'examen direct comporte un cliché de face complèté souvent par un profil droit. Cet examen direct permettra de reconnaitre les calculs spontanément opaques aux rayons X (calculs pigmentaires, calculs imprégnés de sels de chaux) d'identifier les vésicules à paroi calcifiée (vésicule porcelaine) ou les vésicules emplies d'une bile spontanément opaque aux rayons (bile calcique).

Cet examen permettra de reconnaitre un certain nombre de lésions associées ; calcifications hépatiques, lithiase pancréatique, de distinguer les calculs biliaires, des calculs pyélo-caliciels de projection franchement postérieure se superposant au rachis sur les clichés de profil, de révéler l'injection aérique des voies biliaires témoignant de l'existence d'une fistule interne".

B - LA CHOLANGIOGRAPHIE ORALE

1 - Son principe est bien connu :

Certains corps iodés combinés à une substance s'éliminant électivement par la bile, subissent le phénomène physiologique de contentration vésiculaire.

2 - Technique :

L'opacification vésiculaire est obtenue grâce à l'emploi de produits iodés, tous plus ou moins dérivés de l'acide iopanoïque.
Le produit se présente en comprimés dosés à 500 mg., la dose usuelle est de 9 à I2 comprimés administrés en une fois, ou de façon fragmentaire.
L'examen radiologique se situe I2 heures après la dernière prise.
Le produit est généralement bien toléré.
La prise d'un premier cliché en station verticale (pour voir d'éventuels "calculs flottants") sera suivie, lorsque le cholecyste apparaitra bie bien opacifié, de l'administration du repas de Boyden donné glacé, précédé ou suivi de l'ingestion d'une tasse d'eau également glacée.

A partir de la 5° - IO° minute, l'évacuation de la vésicule est étudié en série en mettant en oeuvre les différentes techniques de dissociation radiologique capables de révéler dans le détail de leur sinuosité et de leurs courbures, les différentes portions du siphon infundibulo-cervical, de dégager le cystique et de montrer sous la meilleures incidence la voie biliaire principale.

3 - Aspects radiologiques normaux.

- La vésicule biliaire : Normalement et sous l'incidence favorable, l'aspect est piriforme avec un effilement progressif au niveau de l'infundibulum dont la limite supérieure s'estompe, indécise et où l'opacité est d'ordinaire moins franche qu'au niveau du fond vésiculaire.
L'évacuation physiologique réduit le volume vésiculaire de 75 à 80% dans un délai de une heure à une heure et demie, Au cours de l'évacuation vésiculaire la région infundibulo-cervicale semble se déplisser et le corps vésiculaire se redresser, ce qui est appréciable sur les clichés en profil vrai (Albot et Toulet).

- Le siphon vésiculaire apparait bien au cours de l'excrétion vésiculaire, celle-ci amène généralement un redressement des courbures du siphon.
Le cystique apparait dans sa totalité, fin, plus ou moins contourné dans sa portion initiale, lisse vers sa terminaison. Son implantation sur le cholédoque est parfois très basse et se fait souvent à gauche.

- Après Boyden, la voie biliaire principale s'opacifie généralement vers la IOè ou I5è minute. Souvent la voie biliaire principale n'apparait que dans son segment inférieur cholédocien.
L'imprégnation doit être de teinte homogène. La perméabilité de l'Oddi est très vite dénoncée par l'imprégnation duodénale ; celle-ci réalise parfois en fin d'examen, dans la région du genu superius, un 'lac duodénal" simulant grossièrement une vésicule globuleuse peu opacifiée.
Le calibre de la voie biliaire principale est de 4 à 5 mm avec un rapport C/V de 0,IO à 0,I4 environ.

(C désigne le diamètre du cholédoque au dessous de l'abouchement du cystique. V. la largeur de la 2è vertèbre lombaire. La terminaison du cholédoque, progressivement et harmonieusement effilée, rejoint la partie moyenne de D_2 où le pore papillaire est quelquefois apparent.
En raison de la béance du sphincter d'Oddi, on obtient souvent une représentation incomplète du diamètre cholédocien, la voie biliaire principale pouvant simuler une voie biliaire grêle" (R. Le Canuet).
Pour cette raison, il était impossible chez beaucoup de nos malades de mesurer le diamètre cholédocien au-dessous de l'abouchement du cystique et nous n'avons tenu compte pour nos mesures que des opacifications par cholangiographie intra-veineuse où le cholédoque est généralement plus visible.

C - LA CHOLANGIOGRAPHIE PAR VOIE VEINEUSE

1 - Principe :

" de nouveaux produits de contraste très fortement opaques aux rayons X, permettent l'opacification directe par voie intra-veineuse et dans le sens de l'excrétion physiologique de l'arbre biliaire dans sa totalité et celà dans des délais extrêmement courts.

2 - Technique :

On utilise généralement l'adipiodone en solution à 40%, la dose commune injectée étant de 20 cm3. Il faut au préalable s'assurer de la sensibilité du sujet à l'iode. Enfin le produit ne sera éliminé normalement par le foie que si la rétention de la B.S.P. dans le sang est inférieure à 30 pour 100 au bout de 45 minutes (Caroli et Porcher).
L'injection intra-veineuse sera pratiquée avec lenteur. On injectera initialement 1 seul cm3 pour tater les réactions du sujet. Le reste de l'injection sera poussée au bout de quelques minutes.
Au début de l'examen les clichés sont pris de 10 en 10 minutes , puis de 15 en 15 minutes.

3 - Aspects radiologiques normaux :

La voie biliaire principale apparait la première dès la I5è minute après l'injection. Assez souvent le bassinet et l'uretère sont visibles de la I0è à la 30è minute, leurs images se superposant plus ou moins à celle de la voie biliaire principale.
En général les passages oddiens sont rares, le choledoque a une opacité souvent inférieure à celle que fournit la voie orale et le bas cholédoque est le plus souvent invisible. Le cholédoque moyen est bien visible, l'abouchement du cystique en règle, visible.
Le cystique reste souvent peu visible de même que le siphon vésiculaire.
La vésicule apparue tardivement est le plus souvent volumineuse, de teinte non homogène au début " (R. Le Camuet)

- La Biligraphine-morphine (11)

Si la visibilité de la voie biliaire principale est suffisante, mais si l'opacification du cholecyste demeure faible, l'injection de I/2 centigramme de morphine par voie intra-veineuse à la 40è minute de l'examen provoque toute une série de modifications de l'aspect radiologique portant sur l'ensemble des voies biliaires :

- La V.B.P. augmente nettement de diamètre, celui-ci s'accroit de 2 à 3 mm (plus la voie biliaire est large, plus la majoration du calibre est grande).
  En règle, la meilleure visibilité est obtenue à 20 ou 30 minutes après la morphine.
- Les voies biliaires intra-hépatiques sont nettement plus visibles qu'avant morphine.
- La vésicule biliaire augmente de volume souvent de manière très nette. Surtout elle prend une densité beaucoup plus grande que par la bibligraphie seule.
- Le cystique est en général mieux visible ; ses sinuosités, son point d'implantation sur le cholédoque sont plus nettement dessinés.

- Le sphincter d'Oddi se ferme, celà se traduit par un arrêt des passages duodénaux. Dans ces cas nets, on observe une interruption brusque du bas cholédoque, arrondie ou rectiligne.
- La durée de ces modifications est un peu variable selon les sujets. Elle est en moyenne de 1 h. à I h.30.

Au total avec la biligraphie-morphine la visibilité de l'ensemble des voies biliaires devient meilleure et les images pathologiques sont plus facileme:t reconnaissables.

Mais cette technique a des inconvénients :

- Elle perturbe la physiologie des voies biliaires et en particulier rend inopérant dans l'immédiat le repas de Boyden.
- La morphine détermine toute une série d'incidents peu graves sans doute, mais désagréables qui ont été particulièrement mis en évidence par les travaux de Porcher : nausées, vomissements, vertiges.
- Le spasme oddien provoqué par la morphine déclenche assez souvent une colique hépatique.
- Enfin il n'existe pas de substance anti-morphinique pour faire céder immédiatement ces incidents.

Pour ces différentes raisons J.P. Hardouin, Leblanc et Robieux (dans un travail à paraitre) préfèrent la codéine à la morphine :

- Le malade prend 2 cuillérés à soupe de sirop de codéine du Codex, 40 minutes après l'injection intra-veineuse du produit opaque.
- Les modifications radiologiques sont semblables à celles obtenues avec la morphine.
- Les inconvénients sont nettement moindres et l'examen est beaucoup mieux toléré.

Au total l'étude radiologique des voies biliaires de nos 75 migraineux repose sur ces différents éléments.

Toutefois pour la détermination du diamètre de la voie biliaire principale, nous n'avons pu garder le même élément de référence que Le Canuet. Nous avons vu que ce dernier avait choisi comme élément de référence osseuse la largeur de la deuxième vertèbre lombaire.

Pour un grand nombre de nos malades le bord gauche de la 2è lombaire était invisible sur les clichés, ou alors les clichés pris de profil rendaient difficile l'appréciation exacte de la largeur du corps de L2.

Nous avons donc adopté comme élément de référence la hauteur de la 2è vertèbre lombaire, seul élément constant sur tous nos clichés et d'appréciation facile avec une règle graduée en 1/2 millimètre.

"d" étant le calibre du cholédoque mesuré au-dessous de l'abouchement du cystique, "h" la hauteur de la 2è vertèbre lombaire mesurée sur la partie médiane du corps.

Nous avons en cholangiographie intra-veineuse simple un rapport $R = \frac{d}{h}$ que nous considérons comme normal entre 0,10 et 0,16.

En effet en moyenne d varie de 4 à 6 mm
h varie de 28 à 33 mm

Mais ce qui importe, c'est surtout la variation de R avec l'épreuve morphine ou codéine (d augmente de 2 à 3 mm).

Ces chiffres s'entendent naturellement chez le sujet à voie biliaires normales, non cholecystectomisé. Après cholecystectomie le diamètre de la V.B.P. double en règle de volume et le "R" normal est supérieur à 0,20.

D - LE TEST "CHOLERETIQUE-MORPHINE" (T.C.M.) (10)

Ce test couplant l'action d'un cholerétique et de la morphine nous parait d'un grand intérêt pour l'interprétation physio-pathologique de la douleur biliaire et de certaines migraines ; c'est pourquoi bien que n'étant pas

à proprement parler un élément de l'étude radiologique des voies biliaires, nous rapportons son étude ici.

a - Principe :

On sait que la morphine chez l'animal, diminue le volume de bile secrétée par le foie et provoque un spasme du sphincter d'Oddi. Chez l'homme on retrouve la même action violemment spasmique sur le sphincter d'Oddi ce qui provoque, par rétention de bile, une hyperpression dans les voies biliaires. Chez certains sujets atteints d'affection biliaire, cette hyperpression biliaire peut déclencher des phénomènes douloureux malgré l'effet analgésique central de la morphine, laquelle est considérée pourtant comme un des meilleurs sédatifs de la colique hépatique. Ch. Debray et J.P. Hardouin ont observé que la douleur biliaire apparait plus régulièrement chez ces malades si l'on fait précéder l'injection de mprphine par l'administration d'un cholérétique.
Au spasme morphinique oddien s'ajoute alors l'augmentation du flux biliaire. Ainsi s'exagère l'hyperpression intra-biliaire, hyperpression qui au delà d'un certain seuil est génératrice de douleurs.
En outren ce test permet souvent de reproduire chez les patients, sujets à la migraine , des crises céphalalgiques identiques à celles ressenties spontanément.

b - La technique est simple :

Chez le sujet à jeun on fait une injection intraveineuse de 1 g de déhydrocholate de sodium en solution à 20 pour I00.
30 minutes après on injecte par voie sous-cutanée un centigramme de chlorhydrate de morphine.
Le malade n'est pas prévenu des sensations qu'il peut ressentir.
On note dans les heures qui suivent les sensations ressenties par le patient.
Le malade reconnait de manière certaine "sa douleur".
Celle-ci est en général moins violente que la douleur spontanée ; elle peut reproduire intégralement la crise.Le test est considéré comme positif quand la tonalité de la douleur provoquée, biliaire ou migrai-

neuse, est superposable, quelle que soit son intensité, à la douleur spontanée.

Par contre, sont considérés comme néagtifs les cas où sont survenus, en l'absence de reproduction de la douleur spontanée, des troubles dus à la morphine seule : malaises, vertiges et surtout nausées et vomissements.

c - Résultats :

- Sur un groupe de 20 témoins choisis parmi des malades hospitalisés, non migraineux et indemnes de troubles biliaires tant cliniques que radiologiques, l'épreuve a été très bien tolérée pour I9 d'entre eux. Donc positif 5 pour I00 de cas.

- Sur un groupe de I40 malades se plaignant de douleurs biliaires, le test a été positif dans 54 pour I00 des cas.

- Sur I7 migraines isolées (sans douleur biliaire) le test a été positif 11 fois (65 pour I00).

- Sur 72 "biliaires migraineux" c'est-à-dire se plaignant à la fois de l'hypochondre droit et de migraines, le test a été positif dans 80 pour I00 des cas.

  Ce chiffre considérable permet de se demander s'il n'existe pas un lien entre migraine et voies biliaires.

Nous reportons à la fin de ce travail les observations de nos 75 migraineux et allons dans notre prochain chapitre faire l'étude de nos constatations en fonction des aspects radiologiques observés.

oOo

V - NOS CONSTATATIONS

- Nos constatations radiologiques seront rapportées en premier.
- Puis nous tenterons une confrontation entre le test cholerétique morphine et nos différents groupes de malades .
- Enfin nous essayerons de faire une confrontation entre les données radiologiques et les signes cliniques digestifs de la migraine.

I - CONSTATATIONS RADIOLOGIQUES PERSONNELLES

- Nos malades se répartissent en 3 groupes :
  - ceux avec modifications de la voie biliaire accessoire.
  - ceux avec modifications de la voie biliaire principale,
  - ceux à voies biliaires normales.

(Certains sont partie prenante dans les deux premiers groupes).

A - Les malades avec modifications de la voie biliaire accessoire :
se séparent en 3 catégories :
- les lithiasiques
- les siphopathiques
- les autres.

a - Migraine et lithiase biliaire :
- Fréquence :

I4 de nos malades avaient une lithiase biliaire
Ce qui en valeur absolue correspond à une fréquence de I8,7 %

- Aspect de la lithiase :

Il est variable depuis le gros calcul unique jusqu'aux nombreux calculs polyédriques.

- Date de manifestation de la lithiase par rapport à la migraine :

Parmi ces I4 malades :

- 2 ont vu leur migraine apparaitre après découverte de la lithiase, (observations : 62 et I7)
- Chez 7 autres, les migraines ont précédé de longue date les premières manifestations de la lithiase (douleur sous-costales droites en dehors des migraines).
- Pour les 4 derniers malades (observations : 25-47-67-73) la lithiase a été découverte fortuitement lors de l'examen radiologique.

- Cette lithiase vésiculaire était associée :

- 2 fois à une siphopathie (observations 47 et 25)
- 3 fois à une oddite avec gros cholédoque (observations 36-37-67)
- 2 fois à une voie biliaire principale grêle : (observations 25-73)

- 7 malades ont été cholecystectomisés.

- 1 seule malade a vu ses migraines disparaitre radicalement avec l'intervention.
- Pour les 6 autres, le rythme des migraines n'a pas été modifié. Deux d'entre elles ont vu les migraines apparaitre après l'intervention.
- Parmi ces 7 cholecystectomisés, 5 ont un gros colédoque comme l'on en voit fréquemment après cholecystectomie : R supérieur à 0 30 (Obser ations : I7-36-57-62-67).

Au total de cette association lithiase-migraine, nous pouvons retirer 3 conclusions.

1 - La fréquence de la lithiase chez les migraineux ne parait pas plus grande que chez les sujets non migraineux, si nous tenons compte de certains faits :

- sur nos 75 migraineux nous avons 59 femmes pour I6 hommes.
- nos I4 lithiasiques étaient des femmes,
- âge de nos sujets : 9 avaient plus de 40 ans
  3 avaient de 35 à 40 ans
  2 avaient moins de 35 ans.

Nous avons un pourcentage de I8,7, chiffre identique à celui de Brondel (I9 pour cent).

2 - L'action nulle sur la migraine de la cure de lithiase puisque pour 7 malades opérées, 1 seule a vu ses migraines disparaitre totalement (alors que chez 2 autres les migraines sont apparues après l'intervention).

3 - La migraine précède en règle de longue date, la lithiase ou tout au moins ses manifestations.

b - Migraines et siphopathies :

- Fréquence :

Sur nos 75 migraineux, nous avons trouvé I4 siphopathies ce qui, en valeur absolue, correspond à une fréquence de I8,7 pour cent.

- Parmi ces I4 siphopathies :

9 étaient pures

2 s'accompagnaient de lithiase vésiculaire
(Observations 25 et 47)

2 s'accompagnaient d'une voie biliaire principale grêle
(Observation 29. R = 0,07)
Observation 39 R = 0,04)

1 s'accompagnait d'une V.B.P. large
(Observation II. R = 0,30)

- Morphologiquement ces siphopathies se traduisaient par :

. - Vésicule bille (Observations : 23-30-47-49-70)

. - Vésicule en calebasse (Observation 64)

- Vésicule en brioche (Observation 28)

- un S infundibulaire étroit et serré
(Oservations 11, 13, 18, 25, 39)

- une vésicule hypotonique de stase (observation 4)
Cette malade a été cholecystectomisée et l'intervention a aggravé les migraines.

- Au total 3 conclusions :
  1 - Grande fréquence des siphopathies dans notre groupe de malade.
  I8,7 pour cent (le même chiffre que pour les lithiases)
  2 - Aspects variés de ses siphopathies qui se ramènent toutes à une gêne plus ou moins marquée de l'évacuation vésiculaire.
  3 - Le seul essai de traitement de chirurgie dans le but de supprimer les migraines a conduit à une aggravation.

c - Autres anomalies :

- Chez une seule de nos malades nous avons mis en évidence des sinus de Rokitansky (observation 39). Elle présentait nous l'avons vu une siphopathie associée à une V.B.P. grêle.
- Nous avons observé enfin un cas de cholestérolose vésiculaire : il consistait en un noyau étoilé au niveau de l'infundibulum ; mais avec des voies biliaires par ailleurs normales (observation 50).

En résumé dans ce premier groupe de migraineux avec anomalies de la voie biliaire accessoire nous avons observé :

- I4 lithiases (dont 7 opérées)
- I4 siphopathies
- 1 cholestérolose

(2 malades étant partie prenante : lithiase + siphopathie)
soit 27 malades présentant 1 anomalie sur 75 migraineux .
Ou en valeur absolue : 36 pour cent.

Ce chiffre nous parait très élevé et donc très intéressant à noter.

B - Les malades avec modifications de la voie biliaire principale se répartissent en 2 groupes :

- ceux à voie biliaire principale dilatée
- ceux à voie biliaire principale grêle.

a - Migraineux avec V.B.P. dilatée : IO cas

- Rappelons :

  . les 5 gros cholédoques observés après cholécystectomie pour lithiase. R supérieur à 0,30 (observations : I7, 36, 57, 62, 67)

  . la malade (observation 4)
  R = 0,2I en cholangiographie simple après cholecystectomie.

- 4 cas sont à retenir car présentant des anomalies certaines pré-opératoires :

  . 2 gros cholédoques dus à une oddite
  observation 5I R = 0,40
  observation 33 R = 0,27

  . 2 dilatations cholédociennes partielles paraissant localisées à la portion sus-pancréatique du cholédoque.
  observation 26 R = 0,20
  observation 46 R = 0,30

b - "Les voies biliaires principales grêles" Ch. Debray

Il s'agit là d'un concept radiologique non décrit dans la littérature qui nous retiendra plus longuement car nous avons été frappés par sa fréquence.

9 malades nous paraissent avoir une V.B.P. manifestement grêle. Pour porter ce diagnostic nous nous appuyons sur certains critères que nous avons déjà vus dans notre étude radiologique :

- En cholangiographie I.V. simple, le calibre du cholédoque est inférieur à 3 mm. La V.B.P. apparait fine, en corde à fouet.

- Surtout après morphine ou codéine nous observons sur les cholangiographies :

  malgré un arrêt complet des passages duodénaux;

  malgré une distension vésiculaire

  une absence de dilatation de la V.B.P. ce qui est contraire à la normale.

- Aucun de ces 9 malades n'avait un R. supérieur à 0,07 après codéine.

  (Observations : I-2I-29-39-40-48-52-65-68)

Pour 4 autres malades nous avons également porté le diagnostic de V.B.P. grêle malgré la persistance de quelques passages duodénaux. Cependant nous avions là encore un R inférieure à 0,07 après Codéine.

Surtout l'importance de la distension vésiculaire contrastant avec l'absence de dilatation de la V.B.P. nous a paru suffisante pour rattacher ces 4 cas au groupe des V.B.P. grêles.

(Observations : I0-I5-25-73).

Au total, nous avons dans nos 75 migraineux I3 malades ayant une V.B.P. manifestement grêle : soit en valeur absolue :

I7,3 pour cent.

En réalité ce chiffre nous parait au-dessous de la réalité car, comme nous l'avons précisé dans notre chapitre matériel d'étude, nous n'avons que 58 malades ayant eu une cholangiographie I.V. qui pour 44 d'entre eux seulement a pu être complétée d'examen avec morphine ou codéine.

C'est ainsi que 4 autres malades ont peut-être également une V.B.P. grêle :

- Pour 3 d'entre eux nous ne possédons qu'une cholecystographie, l'évacuation vésiculaire après Boyden ayant provoqué une migraine intense, les malades se sont refusés à la poursuite de nos investigations.

Or nous avons : observation 22 : R = 0,07
observation 45 : R = 0,07
observation 56 : R = 0,06

(mais l'on sait que le R déterminé sur les cholecystographies doit être interprété avec réserve car il peut "simuler une voie biliaire grêle (R. Le Canuet).

- Pour le 4ème malade nous n'avons qu'une cholangiographie simple nous donnant un R = 0,035 (observation 42). Malheureusement ce malade s'est également refusé à une investigation complète nous interdisant d'affirmer la V.B.P. grêle sans codéine.
Nous ne pouvons donc classer ces 4 malades dans le groupe des sujets avec voies biliaires anormales.

En conclusion, dans ce groupe migraines et anomalies radiologiques de la voie biliaire principale, nous pouvons retenir :

- 4 gros cholédoques (+ 6 opérés)
- I3 V.B.P. grêles.

Soit I7 malades sur 75 migraineux
Soit en valeur absolue 22,7 pour cent.

(A signaler que parmi ces I7 malades : 3 sont partie prenante avec le groupe migraine et anomalies de la voie biliaire accessoire:

Observation : 29 et 39 : Siphopathie
Observation : 25 : Lithiase

Ce chiffre de 22,7 pour cent est probablement inférieur à la réalité puisque nous avons une étude complète de la V.B.P. pour 44 malades seulement (par rapport à ce chiffre 38,6 pour cent).

C - MIGRAINES ET VOIES BILIAIRES NORMALES

- Le nombre de nos migraineux présentant une voie biliaire normale vient en déduction du nombre de ceux présentant une anomalie.

- Nous venons de voir que nous avons observé :
  - I4 lithiases
  - I4 siphopathies (dont 2 lithiases)
  - 1 cholestérolose
  - 4 gros cholédoques
  - I3 V.B.P. grêles (dont 2 siphopathies et 1 lithiase)

5 malades sont donc partie prenante sur plusieurs groupes et en définitive nous avons dans nos 75 migraineux 4I malades présentant une anomalie radiologique des voies biliaires.

Soit , en valeur absolue : 54,7 pour cent.

- Par déduction : le nombre de nos migraineux présentant des voies biliaires normales est de 34 (75-4I = 34), en fait nous ne pouvons l'affirmer que pour I5 d'entre eux.

- Rappelons que parmi ces 34 malades I7 ont une étude radiologique incomplète, pour 4 d'entre eux nous avons vu que se posait le problème d'une éventuelle V.B.P. grêle.

- Chez deux malades nous avons observé une morphologie anatomique spéciale de la vésicule.
  - 1 vésicule en hameçon (observation 9)
  - 1 vésicule en cornemuse faisant une boucle complète (observation 34)

toutes deux s'opacifiaient et se vidaient bien ; ces 2 cas sont donc à considérer comme des aspects morphologiques particuliers et non comme des anomalies pathologiques.

- Parmi les I5 derniers malades ayant une étude radiologique complète, certaines remarques s'imposent posant le problème d'éventuelles anomalies, dont la signification nous échappe mais qui pourraient être cause de douleurs sous-costales droites lors des accès de migraine.
  - Augmentation trop grande de R après morphine normalement le diamètre s'accroit de 2 à 3 mm.

Observation I2 : d passe de 6 mm à I0 mm
R passe de 0,I8 à 0,3I
Observation 72 : d passe de 5 mm à 9 mm
R passe de 0,I6 à 0,30

- Distension vésiculaire trop marquée
Après morphine : observation 5 et 72
Normalement la vésicule ne double pas de volume.

Observation 5 : le volume triple
Observation 72 : le volume double.

II - CONFRONTATION : ASPECTS RADIOLOGIQUES DES VOIES BILIAIRES ET TEST CHOLERETIQUE MORPHINE CHEZ NOS 75 MIGRAINEUX.

- Rappelons que dans notre travail explorant des migraineux, nous avons considéré le T.C.M. positif chaque fois qu'il reproduisait la migraine associée ou non à une douleur sous-costale droite (une douleur sous-costale isolée a été considérée comme une réponse négative).
Nous avons pratiqué 55 T.C.M. Sur ces 55 malades l'épreuve a été positive 38 fois, soit dans 69 pour cent des cas. Ces réponses se décomposent ainsi :

A - Migraineux avec anomalies de la voie biliaire accessoire :

Sujets	Nombre de TCM pratiqués	Nombre de TCM positifs	Pourcentage positif
Lithiases	I0	I0	I00
Siphopathies	8	6	75
Cholestérolose	1	0	0

b - Migraineux avec anomalies de la voie biliaire principale :

Sujets	Nombre de TCM pratiqués	Nombre de TCM positifs	Pourcentage positif
Gros cholédoque pré-opératoire	3	0	0
V.B.P. grêle	I3	I0	70,5

C - Migraineux avec voies biliaires normales :

Sujets	Nombre de TCM pratiqués	Nombre de TCM positifs	Pourcentage positif
Malades globaux	23	I4	60
Malades bien étudiés	II	6	54,5

Il ressort de ces trois tableaux que le T.C.M. est d'autant plus fréquemment positif que l'on trouve une anomalie patente radiologique sur les voies biliaires, cependant au moins 50 pour cent de nos migraineux à voies biliaires radiologiquement normales ont un TCM positif.
Notons enfin le chiffre 0 pour cent de positif dans les gros cholédoques pré-opératoires.
Celà a été signalé (I0) par Ch. Debray et J.P. Hardouin qui pensent que la négativité du test chez ces malades est probablement due à deux facteurs: d'une part les voies biliaires se laissent passivement dilater par l'hypertension, d'autre part, et surtout, la distension chronique des voies biliaires aboutit probablement à une sorte d'insensibilité des parois à la surdistension.

III - ESSAIS DE CONFRONTATION : ASPECT RADIOLOGIQUE DES VOIES BILIAIRES ET SIGNES CLINIQUES DE LA MIGRAINE

Il nous a paru pour terminer ce travail, qu'il serait intéressant de confronter l'aspect radiologique des voies biliaires avec d'une part les douleurs sous-costales droites en crise de migraine, avec d'autre part la fréquence du facteur alimentaire déclenchant la migraine.

A - Aspect radiologique et fréquence des douleurs sous-costales droites en crise de migraine :

Sujets	Nombre de malades étudiés	Nombre de malades avec douleurs
Lithiase	I4	II = 75 pour cent
Siphopathie	I4	I0 = 7I,5 pour cent
Cholestérolose	I	0 = 0 pour cent
Gros cholédoque	4	3 = 75 pour cent
VBP grêle	I3	II = 84,5 pour cent
VP normales (malades globaux)	34	I7 = 53 pour cent
VB normales (malades bien étudiés)	I5	8 = 53 pour cent

EN CONCLUSION :

Parmi nos migraineux à voies biliaires normales, 50 pour cent avaient des douleurs sous-costales droites d'allure biliaire lors de leurs accès de migraines.
Ce pourcentage augmente notablement (75 pour cent) chez les malades présentant une anomalie radiologique.

B - Aspect radiologique et facteur alimentaire (oeufs-graisses - chocolat) déclenchant la migraine.

Sujets	Nombre de malades étudiés	Facteur déclenchant une crise migraineuse
Lithiase	I4	6 = 43 pour cent
Siphopathie	I4	I0 = 7I pour cent
Cholestérolose	I	0 = 0 pour cent
Gros cholédoque	4	2 = 50 pour cent
VBP grêle	I3	7= 54 pour cent
VB normales (malades globaux	34	II = 32 pour cent
VB normales (malades bien étudiés)	I5	6 = 40 pour cent

Au total pour 4I malades ayant une anomalie radiologique nous avons trouvé 23 fois un facteur alimentaire déclenchant les crises de migraines (soit 56 pour cent).
Cependant chez les 34 malades à voies biliaires normales, nous avons trouvé 11 fois un facteur alimentaire déclenchant (soit 32 pour cent et même 40 pour cent chez les sujets totalement étudiés).

En définitive il reste donc un certain nombre de nos migraineux qui lors de leur crise migraineuse déclenchée par un facteur électif (oeufs-graisses-chocolat) présentent des douleurs sous-costales droites d'allure franchement biliaire et chez qui les diverses investigations radiologiques n'ont révélé aucune anomalie radiologique des voies biliaires.

oOo

C O N C L U S I O N S

Parmi les migraineux observés dans le service du Professeur Debray à l'Hôpital Bichat, nous avons été frappés par la fréquence des malades chez qui la crise prend l'aspect de la "migraine biliaire" décrite par Pasteur Valléry-Radot et Blamoutier.

Dans ce travail nous avons cherché une relation entre ces migraines et l'état radiologique des voies biliaires. Partant du critère fondamental "hémicranie" nous avons retenu 75 observations de migraineux :

- 62 ont eu une cholecystographie, 8 étaient des cholecystectomisés,
- 58 ont eu une cholangiographie intra-veineuse qui pour 44 d'entre eux a pu être complétée d'un examen avec morphine ou codéine.

Cette étude nous a permis de faire certaines constatations.

I - PARMI NOS 75 MIGRAINEUX NOUS NOTONS :

A - 4I anomalies radiologiques des voies biliaires qui se décomposent ainsi :

a - Anomalies de la voie biliaire accessoire :

- I4 lithiases
- I4 siphopathiqs (dont 2 lithiasiques)
- 1 cholestérolose

soit 27 anomalies (36 pour cent).

b - Anomalies de la voie biliaire principale :

- 4 gros cholédoques "préopératoires" (pour les différencier des gros cholédoques que l'on observe souvent après cholecystectomie)
- I3 "voies biliaires principales grêles" (dont 2 siphophathies et 1 lithiase)
  Il s'agit là d'un concept non décrit dans la littérature sur lequel insiste notre Maître Charles Debray. Il se caractérise sur les cholangiographies par un hépato-cholédoque grêle (d inférieur à 3 mm) en corde à fouet ne se distendant pas après morphine, malgré un arrêt des passages duodénaux et une distension vésiculaire importante.

  Soit: I7 anomalies : (22,6 pour cent par rapport à nos 75 migraineux, mais 38,6 pour cent par rapport aux 44 malades totalement étudiés).

B - Parmi les 34 malades restants :

- I7 malades ont une étude radiologique incomplète ,
  4 d'entre eux ont peut-être également une V.B.P. grêle.

- Pour les I7 autres complètement explorés nous notons :

  - 1 vésicule en hameçon
  - 1 vésicule en cornemuse
  - I5 voies biliaires radiologiquement normales.

II - CHEZ 55 MIGRAINEUX NOUS AVONS PRATIQUE UN TEST CHOLERETIQUE-MORPHINE

Ce test a donné, au point de vue migraine, une réponse d'autant plus fréquemment positive que les examens radiologiques mettent en évidence une anomalie patente des voies biliaires :

- pour II VB normales : 6 tests + (54,5 p/cent)
- pour 35 VB anormales : 26 tests ≠ (74,8 p/cent)

III - ENFIN NOUS AVONS TENTE DEUX ESSAIS DE CONFRONTATION RADIO-CLINIQUE d'où il ressort que :

- d'une part 53 pour cent (8 sur I5) de nos migraineux à voies biliaires radiologiquement normales avaient des douleurs sous-costales droites d'allure biliaire lors de leur accès de migraine ; ce pourcentage passe à 76 (35 sur 46) chez les sujets avec anomalie radiologique.

- d'autre part : chez nos migraineux à voies biliaires normales dans 40 pour cent des cas (6 sur I5) on retrouve un facteur alimentaire à l'origine de l'accès de migraine alors qu'on le retrouve dans 78 pour cent des cas (36 sur 46) chez les sujets avec anomalie radiologique.

De cette confrontation radio-clinique il semble se dégager un fait : les migraineux à voies biliaires présentant une anomalie radiologique ont plus souvent un facteur alimentaire déclenchant et ont plus souvent des douleurs sous-costales droites au cours de leur crise que les migraineux à voies biliaires radiologiquement normales.

Il nous parait prématuré d'essayer de dégager, de ces constatations, des conclusions pathogéniques en superposant un status radiologique au concept clinique de la "migraine biliaire".

OBS.	Sexe	Age	Facteur alimentaire déclenchant	Douleur sous costale en crise	T.C.M.	Voie biliaire accessoire	Voie biliaire principale R avant Codéine	Voie biliaire principale R après Codéine	Conclusion
1	M	29	-	-	-	Normale	0,07	0,07	VBP grêle
2	F	37	+	+	+	Normale		0,I4	VB normales
3	F	23	-	-	+	Normale	0,11		VB normales
4	F	60	+	+	+	Cholecystatonie	0,29		VBP dilatée
5	F	48	-	+	+	Normale	0,I3	0,I3	VB normales
6	M	29	+	-		Normale	0,I0	0,I7	VB normales
7	M	38	+	+	+	Normale	0,I3	0,I3	VB normales
8	M	27	-	-		Normale	0,I2		VB normales
9	F	24	+	+	+	Vésicule en hameçon	0,25	0,25	VB normales
I0	M	53	-	+	-	Normale	0,06	0,06	VBP grêle
II	F	5I	+	+	+	siphopathie	0,30		siphopathie + VBP large
I2	F	32	-	+		Normale	0,I8	0,3I	VBP un peu large
I3	F	45	-	+	-	Sténose infundibulum		0,I8	Siphopathie
I4	F	39	-	+	+	Lithiase	0,I0		Lithiase
I5	M	43	+	+	+	Normale	0,06	0,06	VBP grêle
I6	M	54	-	+	+	Normale	0,II		VB normales
I7	F	58	+	-	+	Normale	0,35		VBP dilatée
I8	F	35	+	+	+	Siphopathie	0,I0	0,20	Siphopathie
I9	F	25	+	+	+	Normale	0,I0	0,I7	VB Normales
20	F	50	-	-	-	Normale	0,I4		VB normales
2I	F	28	+	+		Normale	0,07	0,07	VBP grêle

OBS	Sexe	Age	Facteur alimentaire déclenchant	Douleur sous costale en crise	T.C.M.	Voie biliaire accessoire	Voie biliaire principale R avant Codéine	Voie biliaire principale R après Codéine	Conclusion
22	F	30	-	+	+	Normale	0,07		VBP grêle ?
23	F	20	-	+		Siphopathie		0,II	Siphopathie
24	F	37	-	-	-	Normale	0,I2	0,I2	VB normales
25	F	25	+	-	-	Lithiase	0,07	0,07	Lithiase, VBP grêle
26	F	30	+	+	+	Normale	0,20	0,20	Gros cholédoque
27	F	47	-	+	+	Lithiase	0,II		Lithiase vésiculaire
28	F	42	+	+		Siphopathie			Siphopathie
29	F	24	+	+	+	Siphopathie	0,07	0,07	Siphopathie + VBP G.
30	F	37	+	-	+	Siphopathie	0,2I		Siphopathie + gros cholédoque
3I	M	34	-	-	-	Normale	0,07	0,II	VB Normales
32	F	53	-	+	+	Infundibulum rigide	0,I6		VB normales
33	F	5I	+	+	-	Normale	0,27	0,27	Gros cholédoque
34	F	6I	+	-		Vésicule cornemuse	0,I2		VB normales
35	F	42	-	+	-	Normale	0,I0	0,20	VB normales
36	F	57		+				0,33	gros cholédoque
37	F	30	-	+	+	Normale	0,20		VB normales
38	F	40	+	+	+	lithiase	0,27	0,40	gros cholédoque oddite
39	F	28	+	+	+	Sinus Rokitansky	0,04	0,04	VBP grêle + siphophat.
40	M	22	-	+	+	Normale	0,03	0,03	VBP grêle
4I	F	45	+	-		Vésicule en crochet	0,I3	0,23	VB normales
42	M	36	-	-			0,03		VBP grêle ?
43	F	40	-	-	+	Normale	0,I0	0,I0	VB normales
44	F	35	-	-	+	Lithiase	0,II	0,I8	Lithiase

OBS	Sexe	Age	Facteur alimentaire déclenchant	Douleur sous costale en crise	T.C.M.	Voie biliaire accessoire	Voie biliaire principale R avant Codéine	Voie biliaire principale R après Codéine	Conclusion
45	F	22	-	-	+	Normale	0,07		VBP grêle ?
46	M	34	-	-		Normale	0,25	0,30	Gros cholédoque
47	F	44	+	+	+	Siphopathie + Lithiase	0,2I		Siphopathie + lithiase
48	F	32	+	+	+	Normale	0,07	0,07	VBP grêle
49	F	37	+	+	+	Siphopathie			Siphopathie
50	F	33	+	-	-	Cholestérolose	0,I7	0,I7	cholestérolose
5I	F	34	-	+	+	Normale	0,40	0,44	gros cholédoque +oddite
52	F	2I	+	+	+	Normale	0,03	0,03	VBP grêle
53	F	46	-	+	-	Normale	0,I5		VB normales
54	F	4I	-	-	-	Normale		0,07	VB normales
55	F	5I	-	+		Normale	0,II		VB normales
56	M	39	-	-		Normale	0,06		VBP grêle ?
57	F	38	-	+	+	Cholecystectomie	0,28	0,35	Gros cholédoque
58	F	63	+	+	+	Cholecystectomie	0,I3	0,39	Gros cholédoque
59	F	50	+	+	+	Normale		0,I2	VB Normales
60	F	37	+	+	+	Normale	0,I0	0,I0	VBP grêle ?
6I	F	37	+	-	-	Normale			VB normales
62	F	24	-	+	+	Cholecystectomie	0,20	0,26	gros cholédoque
63	F	47	-	-	-	Normale	0,I3		VB normales
64	F	57	-	±		Vésicule en calebasse	0,I7		siphpathie
65	M	32		+	-	Normale			VBP grêle ?
66	F	52	-	+	+	Normale			VB normales ?
67	F	5I	+	+		Cholecystectomie	0,50		Gros cholédoque
68	M	32	+	+	+	Normale	0,06	0,06	VBP grêle

CBS	Sexe	Age	Facteur alimentaire déclenchant	Douleur sous costale en crise	T.C.M.	Voie biliaire accessoire	Voie biliaire principale R avant Codéine	Voie biliaire principale R après Codéine	Conclusion
69	M	37	-	-		Normale	0,I0		VB Normales
70	F	60	-	-	-	Vésicule bille			Siphopathie
7I	M	48	+	+		Normale	0,I6		VB normales
72	F	54	-	-		Normale	0,I6	0,30	VB normales
73	F	48	-	+	+	lithiase	0,07	0,07	VBP grêle + lithiase
74	F	52		+		lithiase	0,35		gros cholédoque + lithiase
75	F	49	-	+	-	Normale	0,II	0,I7	VB normales

Cliché N°1

Observation 70
(1 heure après Bladex)
Siphopathie : vésicule bille.

Cliché N° 2

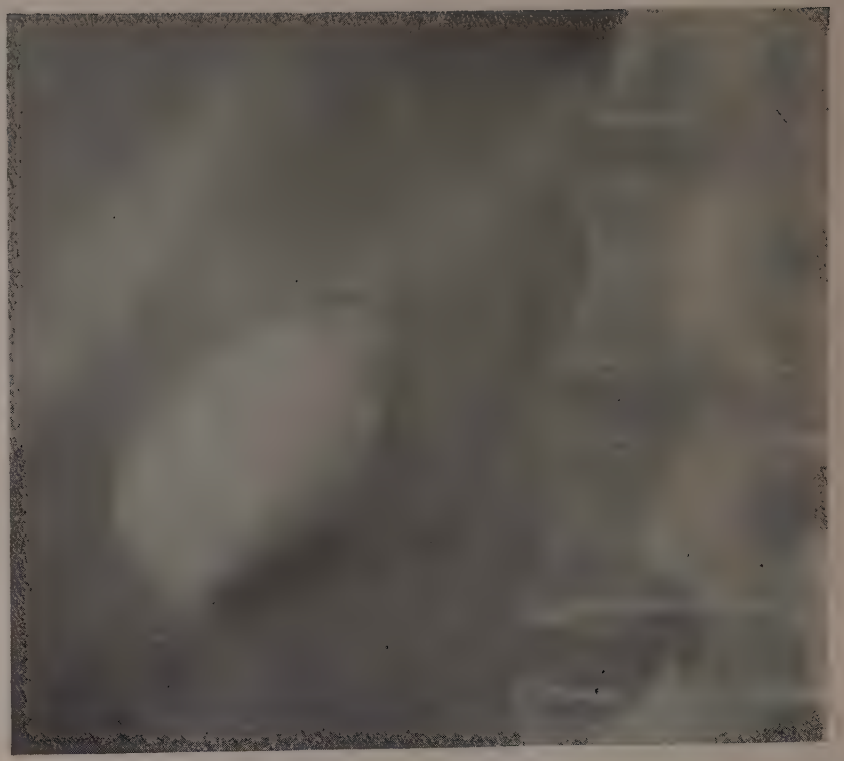
Observation 39
Cholangiographie simple (30 minutes)
Voie biliaire principale grèle + siphopathie

Cliché N° 3

Observation 39

(40 minutes après morphine)

Voie biliaire principale grèle + siphopathie



Cliché N°4

Observation 39

(40 minutes après codéïne)

Voie biliaire principale grèle + siphopathie

Cliché N°5

Observation 52

(40 minutes après morphine)

Voie biliaire principale grèle.

Cliché N°6

Observation 40

(1 heure après morphine)

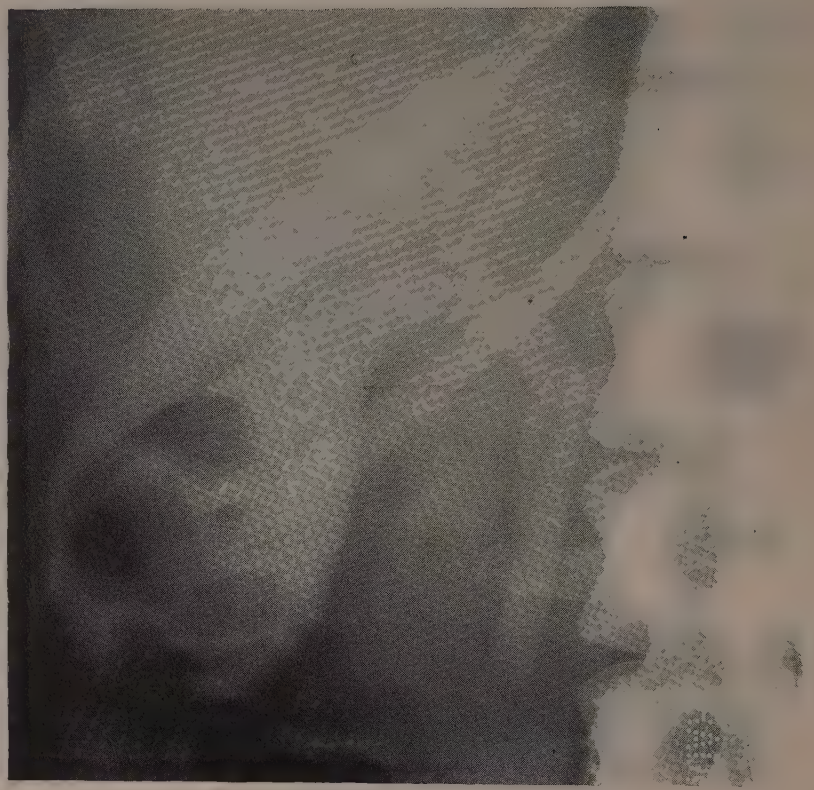
Voie biliaire principale grèle.

Cliché N° 7

Observation 73

(40 minutes après morphine)

Lithiase et voie biliaire principale grêle.



Cliché N°8

Observation 38

(1 heure 30 après codéine)

Oddite - gros cholédoque - lithiase

OBS. N° I

Monsieur A..... B.C. 61.850

29 ans

Compatable

1 - Antécédents : Abcès froid costal gauche (C9)
opéré en 1947

2 - Migraines : - depuis l'âge de 10 ans
- fréquence variable
- pas de facteur déclenchant
- débutant en fin d'après midi
- durant plusieurs heures
- unilatérales, en règle droites.
- accompagnées de :
signes oculaires = 0
Vomissements aqueux qui calment la migraine
Pas de douleur sous-costale D.
- action : aspirine +
repos +
- contexte : constipation
nervosité.

3 - Examen - Normal
- MURPHY : -

4 - Cholexystographie
- Vésicule bien opacifiée non lithiasique
- Siphon normal
- Boyden : bonne évacuation
V.B.P. paraissant grêle
Pas de douleur.

5 - Biligraphie - T.A.V. = 15 minutes
- sans modificateurs :
d : VBP = 2
h : L2 = 30
R = 0,07
- Après codéine
- arrêt complet des passages duodénaux
- distension vésiculaire
- la VBP ne se dilate pas
R = 0,07

6-T.C.M. : Négatif

CONCLUSION : V.B.P. grêle

OBS. N° 2

Madame A..... J. P. H.

37 ans.
Employée chocolaterie

1 - Antécédents : néant.

2 - Migraines :
- Depuis l'âge de 33 ans
- Fréquence augmente : 1 par semaine
- Déclenchées par : graisses, oeufs, vin
- Débutant le matin au réveil
- Durant 24 heures
- Unilatérales droites au début puis diffuses.
- Accompagnées de :
  brouillard oculaire
  vomissements aqueux
  douleur sous-costale droite à type de torsion qui peut survenir en dehors de la migraine.
- Action :
  Aspirine = 0
  Cholagogues = +

3 - Examen : - Murphy : +

4 - Cholecystographie :
- vésicule normale non lithiasique
- évacuation médiocre après Bladex
- siphon mal vu.

5 - Biligraphie :
avec morphine d'emblée .
- vésicule se remplit normalement
- cystique court et incurvé
- arrêt de passage rebelle au Bladex
  d : V.B.P. = 4
  h : L2 = 28

  R = 0,14
- douleur sous costale droite vive..

6 - T.C.M. - positif : migraine habituelle + douleur.

CONCLUSION : voies biliaires normales

OBS. N° 3

Mademoiselle B..... B.C. 58.193

---

23 ans
Mécanicienne

1 - Antécédents : Ictère catarrhal à 7 ans
OIA à I4 ans
Urticaire

2 - Migraines : - début à 8 ans
- pas de facteur déclenchant
- le matin au réveil
- durée variable
- frontale, bilatérale à prédominance gauche.

- accompagnées de :
pas de signe occulaires
vomissements bilieux qui soulagent
pas de douleur sous-costale

- Action ;
aspirine = 0
cholagogues= 0

3 - Examen - Murphy : -

4 - Cholecystographie - vésicule normale non lithiasique
- siphon normal
- bonne évacuation.

5 - Biligraphie - T.A.V. = I5 minutes
- sans modificateurs =
d : VBP = 3
h L2 = 27

R = 0,II
vésicule bien opacifiée
- n'a pas eu de Codéine

6 - T.C.M. : Positif (migraine gauche)

CONCLUSION : Voies biliaires normales

OBS. N° 4

Madame B..... J.P.H.

---

60 ans
Sans profession

1 - Antécédents : Lombarthrose
Cholecystectomie en 1950 pour vésicule de stase et migraines.

2 - Migraines : - Depuis l'âge de 42 ans
- fréquence exagérée depuis l'intervention
- déclenchées par sauces - chocolat
- débutant au réveil
- durant quelques heures
- frontales droites, très intenses

- accompagnées de :
brouillard devant les yeux
vomissements bilieux
douleur sous-costale D. à irradiation scapulaire.

3 - Examen - Murphy : +

4 - Cholecystographie : (d'avant l'intervention)

- grosse vésicule hypotonique ne s'évacuant pas après Boyden

5 - Biligraphie

d : V.B.P. = 8
h : L2 = 28
R = 0,29

- extrémité inférieure arrondie mais bons passages

- n'a pas eu Codéine.

6 - T.C.M. : Positif (migraine)

CONCLUSION : V.B.P. dilatée après cholecystectomie

OBS. N° 5

Madame B..... B.C. 62.280

---

48 ans
Employée de maison

1 - Antécédents : - I923 : appendicectomie
- I956 : hystérectomie

2 - Migraines : - début à 42 ans
- une par semaine
- pas de facteur déclenchant
- unilatérale ou bilatérale
- horaire et durée variables

- accompagnées de :
signes oculaires : 0
nausées sans vomissements
douleurs sous costale droite à irradiation scapulaire

- contexte :
constipation
syndrome biatal
nervosité

- action :
aspirine = 0
vibtil = +
Vichy = ++

3 - Examen : - Murphy = +

4 - Cholecystographie :- vésicule normale, non lithiasique
- V.B.P. non vue
- évacuation correcte.

5 - Biligraphie : T.A.V. = I5 minutes.
sans modificateurs :
cystique filiforme
d : V.B.P. = 4
h : L2 = 30
R = 0,I3
Nouvel examen après codéine:
arrêt des passages complets après 30'
énorme distention vésiculaire
pas de dilatation V.B.P.
R = 0,I3

6 - T.C.M. : positif (migraine)

CONCLUSION : Voies biliaires normales

OBS. N° 6

Monsieur B..... J.P.H.

29 ans
Directeur commercial

I - Antécédents : Père et grand-père migraineux

2 - Migraines : - début à 7 ans
- 2 à 3 crises par an
- déclenchées par repas gras
- durant 24 à 72 heures
- hémicrânie gauche puis diffuse en casque.

- accompagnées de :
photophobie
pas de vomissement
pas de douleur sous-costale

- action :
aspirine = 0
vibtil = +

3 - Examen - Murphy : -

4 - Biligraphie - T.A.V. = IO minutes
- vésicule normale
d : VBP = 3
h : L2 = 30

R = 0,IO

- après Codéine
distension vésiculaire
dilatation VBP : d = 5
R = 0,I7

- quelques passages duodénaux.

CONCLUSION : Voies biliaires normales

OBS. N° 7

Monsieur B..... B.C. 6I.5I3

38 ans
Capitaine

I - Antécédents : amibiase intestinale

2 - Migraine : - début à I0 ans
- fréquence 1 par semaine
- déclenchées par graisses, alcool
- le matin au réveil
- durant 24 à 36 heures
- sus orbitaire droite ou gauche.

- accompagnées de :
photophobie
vomissements bilieux qui calment
tension sous-costale droite.

- action :
aspirine gynergène = 0
vibtil = +

- sujet stable

3 - Examen - Murphy : -

4 - Cholecystographie - Vésicule normale non lithiasique
- V.B.P. mal vue
- évacuation correcte

5 - Biligraphie : - T.A.V. = I5 minutes
- sans modificateurs =
d : VBP = 4
h : L2 = 30
R = 0,I3

- après codéine
R = 0,I3
pas d'arrêt des passages duodénaux
pas de dilatation VBP

6 - T.C.M. : Positif (migraines + vomissements + douleurs)

CONCLUSION : Voies biliaires normales

OBS. N° 8

Monsieur B.... B.C. 62.380

27 ans
Interne des Hôpitaux de Paris

I - Antécédents : - primo infection pendant l'enfance
- appendicectomie à 4 ans
- céphalées depuis l'enfance dont certaines provoquées par le chocolat

2 - Migraines : - début à 24 ans
- fréquence va en augmentant
- pas de facteur déclenchant
- horaire variable
- toujours même processus :
  débute par brouillard visuel et photophobie
  puis scotome noir à contour en ligne brisée
  apparait alors une hémicrânie droite :
  temporo frontale durant 2 à 4 heures.
- pas de vomissements
- pas de douleur sous-costale
- action :
  aspirine = 0
  gynergène = 0

3 - Examen :
- Murphy : -
- porte lunettes . F.O. = normaux
- Rx crâne = R.A.S.

4 - Cholecystographie :
- vésicule normale, non lithiasique
- siphon et VBP bien vus, normaux.
- évacuation presque normale à 30 minutes
- R = 0,12

CONCLUSION : Voies biliaires normales

OBS. N° 9

Mademoiselle B..... B.H. 62.555

24 ans
Laborantine

I - Antécédants : - primo infection à I4 ans
- paludisme pendant enfance
- épisode de cholecystite subaigue en 62

2 - Migraines
- depuis la puberté
- déclenchement alimentaire : oeufs, graisses
- fréquence variable
- débutant le matin
- durant 24 h.
- frontales bilatérales à prédominance d'un côté
- accompagnées de :
  photophobie et scotome lumineux
  nausées et vomissements parfois douleurs sous costales droites qui peuvent survenir isolément.
- action :
  aspirine = 0
  cholerétiques= +

3 - Examen
- Murphy : +

4 - Cholecystographie
- pas de lithiase
- vésicule de volume normal en hameçon
- V.B.P. mal vue
- évacuation correcte

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- Urographie ++
- sans modificateur :
  H : VBP = 7
  h : L2 = 28
  R = 0,25
  passages duodénaux
- après Codéine
  arrêt des passages duodénaux : transitoire
  distension vésiculaire tardive
  R = 0,25
- Examen provoque migraine habituelle

6 - T.C.M. : positif (migraine habituelle)

CONCLUSION : voies biliaires normales
vésicule en hameçon.

OBS. N° IO

Monsieur B..... B.Y. 6I.I268

---

53 ans
Ouvrier spécialisé

1 - Antécédents : Néant

2 - Migraines : - début à 37 ans
- deviennent très fréquentes
- pas de facteur déclenchant
- le matin au réveil
- durent 24 heures
- frontales droites.

- accompagnées de :
scotome lumineux
vomissements bilieux
douleurs sous-costales droites, para-ombilicales, terminant la migraine et durant 3 jours.

- action nulle de tous les traitements essayés.

3 - Examen - Murphy : sensibilité

4 - Cholecystographie (non vue)
- vésicule normale

5 - Biligraphie : - T.A.V. = 30 minutes (urographie = I5)
- sans modificateur :
vésicule bien opacifiée normale
V.B.P. d : = 2
h L2 = 32
R = 0,06
passages duodénaux

- après Codéine :
pas de dilatation de la V.B.P.
R = 0,06
pas d'arrêt des passages duodénaux
distension vésiculaire

6 - T.C.M. : négatif

CONCLUSION : V.B.P. grêle

OBS. N° II

Madame B..... B.C. 59.I38

5I ans
Ménagère

I - Antécédents : Mère migraineuse
Hystérectomie pour fibrome (I946)

2 - Migraines
- depuis l'enfance
- fréquentes
- déclenchées par graisses, oeufs, chocolat
- débutant le matin
- durant 6 heures en moyenne

- accompagnées de :
  scotome et photophobie
  vomissements bilieux qui calment
  diarrhée
  douleur sous-costale droite depuis l'âge de 40 ans

- action :
  aspirine : intolérance (H.H.)
  sulfate magnésie : +
  vibtil : +

3 - Examen
- Murphy : +

4 - Cholecystographie
- vésicule : volume normal. Pas de lithiase
- infundibulum coudé à angle droit et fixe , aspect de siphopathie
- vésicule se vidant bien
- V.B.P. dilatée d = 8
  h : L2= 27
  R = 0,3

- bons passages duodénaux

5 - T.C.M. : positif (migraine + douleur)

CONCLUSION : Siphopathie et V.B.P. dilatée

OBS. N° I2

Madame B..... B.C. 60.679

32 ans
Secrétaire

1 - Antécédents : constipation de longue date
traitée par laxatifs

2 - Migraines : - début à 30 ans
- sans facteur déclenchant
- début le matin
- durant 24 heures
- hémicrânie droite

- accompagnées de :
pas de signes oculaires
des nausées
parfois des douleurs hypochondre droit
même en période de transit normal.

- action : Vbtil : +

3 - Examen - Murphy : -

4 - Cholecystographie :- vésicule normale non lithiasique
- V.B.P. bien vue, parait normale
- bonne évacuation

5 - Biligraphie - T.A.V. = I5 minutes (urographie +++)
- sans modificateurs :
Cholédoque large : d = 6
h : L2= 32
R = 0,I8
passages duodénaux

- après Codéine :
arrêt complet des passages duodénaux
distension vésiculaire importante
dilatation cholédoque
d = I0 R = 0,3I

CONCLUSION : Cholédoque un peu large

OBS. N° I3

Madame B..... B.C. 60.743

---

45 ans
Concierge

1 - Antécédents - adénome thyroïdien bien opéré

2 - Migraines
- début à 35 ans
- pas de facteur déclenchant (nervosité)
- 3 crises par mois.
- le matin au réveil
- durant 24 heures
- frontales unilatérales au début puis diffuses : occipitales

- accompagnées de :
  photophobie, mouches volantes
  vomissements qui soulagent
  a eu des douleurs sous-costales lors des 3 dernieres crises

- action :
  aspirine : +
  vibtil : ++

3 - Examen :
- pas de Murphy
- T.A. : 2I-I0.

4 - Cholecystographie :
- pas de lithiase vésiculaire
- lacune au niveau du cystique
- gène à l'évacuation

5 - Biligraphie
- T.A.V. = 45 minutes
- sans modificateurs :
  vésicule non opacifiée
  V.B.P. mal vue
  passages duodénaux
- après codéine :
  vésicule bien visible homogène
  rétrécissement à la jonction infundibulum cystique
  pas d'arrêt des passages duodénaux
  V.B.P. dilatée normalement
  d = 6
  h L2 = 33
  R = 0,I8
  examen non douloureux.

6 - T.C.M. : négatif

CONCLUSION : rétrécissement à la jonction cystique-infundibulum sans anomalie de la V.B.P.

OBS. N° I4

Madame B..... B.C. 59.I47

39 ans
Sans profession

I - Antécédents : tuberculose rénale découverte en I957

2 - Migraines : - début à 29 ans
- une par semaine
- pas de facteur déclenchant
- débutant le matin
- durant de 3 à 24 heures
- frontales , mais prédominant d'un côté au début

- accompagnées de :
signes oculaires = 0
vomissements bilieux rares mais soulagent
crises de coliques hépatiques depuis 2 ans

- action : aspirine = 0
vibtil = remarquable

3 - Examen - Murphy : +

4 - Cholecystographie - vésicule de volume normal
- nombreux calculs polyédriques de la grosseur d'un petit poids
- concentration bonne
- évacuation bonne
- V.B.P. bien vue, parait normale
d : VBP = 3
h : L2 = 30
R = 0,I0

- examen a déclenché une migraine intense ++

5 - T.C.M. : positif (douleur + céphalée)

CONCLUSION : Lithiase vésiculaire

OBS. N° I5

Monsieur B..... B.H. 6I. I826

43 ans
Professeur de Philosophie

I - Antécédants : - néant

2 - Migraines
- depuis adolescence
- déclenchées par graisses, alcool
- 1 par semaine
- le matin au réveil
- durent 48 heures
- hémicrânie gauche

- accompagnées de :
  scotome à contour en ligne brisée
  nausées +++
  douleurs sous-costales droites permanentes, très exagérées pendant la migraine

- action nulle des médicaments

- contexte : cenestopathe.

3 - Examens
- Murphy : +

4 - Cholecystographie
- vésicule de volume normal non lithiasique
- siphon non vu
- V.B.P. parait grêle
- mauvaise évacuation et migraine après Bladex

5 - Biligraphie
- T.A.V. = 30 minutes (urographie à I5')
- sans modificateur :
  passages duodénaux faibles
  vésicule s'opacifiant
  d V.B.P. = 2
  h L2 = 32
  R = 0,06

- après morphine :
  quelques passages
  grosses distension vésiculaire (x 4)
  pas de dilatation V.B.P.
  R = 0,06
  provoque migraine avec douleur
  sous costale interne

6 - T.C.M.
- très positif (migraine , douleurs, vomissement)

CONCLUSION : V.B.P. grêle

OBS. N° I6

Monsieur G..... J.P.H.

54 ans
Sans profession

1 - Antécédents : néant

2 - Migraines
- début à 48 ans
- deviennent presque quotidiennes
- pas de facteur alimentaire déclenchant
- le matin
- durent toute la journée
- hémicranie droite

- s'accompagnant de :
  pas de signes oculaires
  nausées
  douleur sous-costale droite irradiant à l'omoplate

- action : aspirine : +
  vibtil : +++

3 - Examen - Murphy : -

4 - Cholecystographie
- vésicule normale
- évacuation tardive
- V.B.P. non vue

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- passages duodénaux normaux
  d : V.B.P. = 3
  h : L2 = 28
  R = 0,II

- n'a pas eu modificateurs

6 - T.C.M. : positif (céphalée en casque + douleur)

CONCLUSION : Voies biliaires normales

OBS. N° I7

Madame C..... B.H. 59. 395

---

58 ans
sans profession

1 - Antécédents : - cholecystectomie en I929 pour lithiase

2 - Migraines : - début à 48 ans (après intervention)
- provoquées par graisses
- fréquence s'accentue
- horaire variable
- durant I0 à 24 heures
- fronto-occipitales D ou G ou les 2

- accompagnées de :
  mouches volantes
  nausées sans vomissements
  vertiges
  pas de douleur sous-costale

- action :
  seulement amélioration par cholagogues

3 - Examen - Murphy : -

4 - Biligraphie simple - T.A.V. = 30 minutes
- moignon cystique opacifié
- cholédoque dilaté :
  d : V.B.P. = I0
  h : L2 = 28
  R = 0,35
- bons passages duodénaux

5 - T.C.M. - très positif (douleur + migraine)

CONCLUSION : migraines apparues 20 ans après la cholecystectomie pour lithiase vésiculaire.

Gros cholédoque

OBS. N° I8

Madame C..... B.H. 62. 307

35 ans
Employée à la S.S.

1 - Antécédents : - ictère viral en I956

2 - Migraines
- début à la puberté
- d'abord espacées, très fréquentes depuis une cure à Vichy
- déclenchées par repas gras, oeufs
- débutant après un repas (midi en règle)
- frontale droite
- durant I2 heures environ

- accompagnées de :
  scotome lumineux en étoile
  vomissements qui calment la migraine si bilieux
  douleur sous-costale droite irradiant à l'épaule droite

- action :
  aspirine, gynergène = 0
  Vichy = aggravation
  vubtil = +++

3 - Examen - Murphy : -

4 - Cholecystographie :
- vésicule de volume normal non lithiasique
- aspect de siphopathie : siphon en S fermé rigide et rétréci.
- V.B.P. paraît normale
- Bladex : évacuation faible
  crise de migraine

5 - Biligraphie :
- T.A.V. : 30 minutes (urographie : I5)
- sans mddificateur :
  vésicule mal vue
  V.B.P. : d = 3
  h L2 = 30
  R = 0,I0
  passages duodénaux

- après morphine :
  opacification vésiculaire
  arrêt des passages duodénaux complet
  maladie du siphon
  dilatation V.B.P. = 6
  R = 0,20
  migraine + douleur costale

6 - T.C.M. - très positif (migraine + vomissements + douleurs)

CONCLUSION : maladie du Siphon

OBS. N° I9

Madame C..... B.C. 6I. 584

25 ans
Employée de Banque

1 - Antécédents : - Scarlatine compliquée dd rhumatisme et albuminurie

2 - Migraines
- depuis 6 mois
- provoquées par graisses
- surtout le soir
- durant quelques heures
- frontales, mais parfois unilatérales

- accompagnées de :
  pas de signe oculaires
  nausées et vomissements pénibles
  douleurs sous-costales droites qui ont précédé les migraines, mais coexistent avec elles en crise

3 - Examen - Murphy : ++

4 - Cholecystographie
- vésicule normale non lithiasique
- siphon normal
- V.B.P. normale
- bonne évacuation

5 - Biligraphie
- T.A.V. : I5 minutes
- sans modificateurs :
  passages duodénaux faciles
  vésicule bien opacifiée
  V.B.P. : d = 3
  L2 : h = 30
  R = 0,I0

- après Codéine :
  arrêt complet des passages duodénaux
  distension vésiculaire normale
  dilatation V.B.P. : D = 5
  R = 0,I7
  provoque migraine avec crise douloureuse sous-costale

6 - T.C.M. - très positif (migraine + douleurs)

CONCLUSION : Voies biliaires normales

OBS. N° 20

Madame C..... B.C. 60.615

50 ans
Sans profession

I - Antécédents : typhoïde en I928
pleurésie en I952
père et mère migraineux

2 - Migraines
- depuis l'enfance
- très fréquentes depuis 3 ans
- pas de facteur déclenchant
- horaire variable
- durant 36 à 48 heures
- temporale droite ou gauche.

-accompagnée de :
photophobie
nausées et parfois vomissements
jamais de douleur sous-costale droite

- action : aspirine = 0
autre médicament = 0

3 - Examen
- Murphy : négatif

4 - Cholecystographie
- vésicule de volume normal, non lithiasique
- bonne concentration
- siphon allongé dans le prolongement du corps vésiculaire
- cystique grêle et tortillonné
- V.B.P. bien vue, normale
d = 5
h : L2 = 35
R = 0,I4
- bonne évacuation

5 - T.C.M.
- négatif

CONCLUSION : Voies biliaires normales

OBS. N° 2I

Madame G..... B.H. 59. I664

---

28 ans
Employée à la R.A.T.P.

1 - Antécédents : Néant

2 - Migraines
- début à 26 ans
- fréquence augmentée
- toujours au moment des règles
- horaire variable : le soir le plus souvent
- durée 24 heures
- siège variable : d'abord occipitale
- cycle particulier :
  prurit au niveau des paupières
  puis céphalée occipitale
  puis hémicranie
  puis céphalée diffuse en casque
- accompagnée de
  pas de signes oculaires
  nausées
  endolorissement sous-costal droit
- action : aspirine = 0
  vibtil = ++

3 - Examens
- Murphy = +

4 - Cholecystographie
- vésicule normale non lithiasique
- bonne concentration
- siphon un peu atonique
- V.B.P. parait grêle
- évacuation douloureuse

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- sans modificateur
  bons passages duodénaux
  V.B.P. : d = 2
  h : L2 = 28
  R = 0,07
- Après morphine
  arrêt complet des passages duodénaux
  distension vésiculaire
  douleur ++
  pás de dilatation V.B.P.
  R = 0,07

6 - T.C.M.
- Positif (migraine + douleur)

CONCLUSION : Voie biliaire principale grêle

OBS. N° 22

Madame C..... B.C. 62. I75

30 ans
Manutentionnaire

1 - Antécédents : - néant - mère migraineuse

2 - Migraines
- début à 28 ans
- pas de facteur alimentaire
- 1 par mois sans rapport avec règles
- heure vairable
- durant 24 à 48 heures
- fronto-occipitales droites ou gauches
- accompagnées de :
  pas de signes oculaires
  vomissements qui soulagent si bilieux
  douleur sourde de l'hypochondre droit pendant la durée de la migraine.
- action : aspirine = 0
  vibtil = +

3 - Examen
- nervosité
- murphy : -
- Schvostek : +

4 - Cholecystographie : -vésicule non lithiasique, allongée verticale en goutte
- évacuation exagérée à 30 minutes
- cystique fin
- la V.B.P. est bien vue et parait grêle
  d ≑ 2
  h : L2 = 30
  R = 0,07
- le Bladex a provoqué une migraine intense

5 - Biligraphie - refusée par la malade car la cholecystographie a déclenché une migraine intense.

6 - T.C.M. - positif (migraine)

CONCLUSION : Voie biliaire principale probablement grêle, mais non contrôlée par biligraphie avec modificateur.

OBS. N° 23

Mademoiselle C..... B.H. 59. I779

20 ans
Infirmière A.P.

1 - Antécédents : appendicectomie en I956

2 - Migraines
- début à 7 ans
- au moment des règles
- le matin au réveil
- durant 24 heures
- hémicrânie

- accompagnée de :
  photophobie
  nausée
  parfois des douleurs sous-costales D.
- par ailleurs a parfois des céphalées diffuses
  a eu des crises isolées de colique hépatique

3 - Examen.
- Murphy : +

4 - Cholecystographie
- Vésicule normale non lithiasique
- bonne concentration
- infundibulum tubulé
- V.B.P. paraissant grêle
- se vide lentement après Boyden, aspect arrondi

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- sans modificateur
  siphon visible rapidement de même que la VBP qui est peu visible
  passage duodénaux
  le corps de la vésicule ne s'opacifie qu'après 45 minutes
  rétrécisssment infundibulum. Corps vésiculaire
- après morphine
  bonne opacification vésiculaire
  d : VBP = 3
  h : L2 = 28
  R = 0,II
- arrêt des passages

6 - N'a pas eu de T.C.M.

CONCLUSION : Rétrécissement à la jonction infundibulum, corps vésiculaire. Siphopathie?

OBS. N° 24

Madame D..... B.C. 62

37 ans
Comptable

1 - Antécédents
- traitée pendant 2 ans pour syphilis
- vaginisme - stérilité - frigidité
- extrême nervosité

2 - Migraines
- depuis l'enfance
- facteur déclenchant : tabac, odeur de mazout, pot au feu
- très fréquentes
- débutant au réveil
- durant quelques heures à 24 heures.
- unilatérales, surtout droites

- accompagnées de :
  photophobie
  nausées sans vomissements
  pas de douleur sous-costale droite.

- action nulle de tous les médicaments

3 - Examen
- Murphy : -

4 - Cholecystographie
- vésicule non lithiasique
- bonne concentration
- volume normal
- cystique en vrille
- bonne évacuation
- V.B.P. normale

5 - Biligraphie
- T.A.V. = 15 minutes
- sans modificateur :
  d : VBP = 4
  h : L2 = 32
  R = 0,12
  passages normaux

- après codéine :
  pas arrêt des passages duodénaux
  légère diminution vésiculaire
  V.B.P. normale
  R = 0,12

6 - T.C.M.
- négatif

CONCLUSION : Voies biliaires normales

OBS. N° 25

Madame D..... B.C. 62 95

---

25 ans
Sans profession

1 - Antécédents
- Hépatite virale à 7 ans
- Oedème de Quincke et urticaire

2 - Migraines
- depuis la puberté
- fréquence variable
- intolérance aux oeufs et chocolat
- débutant le matin
- durant de 4 à 24 heures
- hémicrânie droite en règle
- accompagnée de :
  scotomes lumineux en dents de scie
  vomissements bilieux qui soulagent
  jamais de douleur sous-costale droite.
- action nulle de tous les médicaments

3 - Examen
- Murphy: : sensibilité
- pas de rate
- pas d'anémie

4 - Cholecystographie
- vésicule bien opacifiée de volume normal
- 1 calcul gros comme une noisette mobile
- cystique filiforme en vrille
- V.B.P. parait grêle
- Bladex : bonne évacuation
  provoque migraine

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- sans modificateur
  passages duodénaux
  d : VBP = 2
  h : L2 = 30
  R = 0,07
- après codéine
  pas d'arrêt des passages duodénaux
  grosse distension vésiculaire
  pas de dilatation V.B.P.
  R = 0,07

6 - T.C.M.
- non fait (refus de la malade)

CONCLUSION : V.B.P. grêle
Siphopathie probable et lithiase vésiculaire

OBS. N° 26

Madame F..... B.C. 6I. 365

30 ans
Infirmière

1 - Antécédents - néant

2 - Migraines
- depuis la puberté
- 1 à 2 par mois
- évite graisses, oeufs, chocolat
- débutant en règle le matin
- durée 1 à 3 jours
- hémicrânie gauche
- accompagnée de :
  diplopie, brouillard, photphobie
  vomissements qui soulagent si bilieux
  douleur de l'hypochondre droit
- action nulle des médicaments

3 - Examen - Murphy : +

4 - Cholecystographie
- vésicule normale non lithiasique
- bonne évacuation
- cholédoque parait gros

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes (vésicule visible d'emblée)
- sans modificateurs :
  quelques passages duodénaux
  gros hépato-cholédoque :
  d : VBP = 6
  h : L2 = 32
  R = 0,20
- après morphine :
  la VBP ne change pas de diamètre,
  mais les canaux hépatiques sont dilatés
  arrêt des passages duodénaux : 1 heure
  grosse distension vésiculaire
  R = 0,20

6 - T.C.M. - provoque une céphalée différente de la migraine habituelle avec douleur sous-costale droite.

CONCLUSION : Cholédoque dilaté dans sa portion sus-pancréatique

OBS. N° 27

Madame F..... B.C. 59. 318

---

47 ans
Sans profession

1 - Antécédents
- Néant

2 - Migraines
- depuis plusieurs années
- 1 fois par mois
- sans facteur déclenchant (mais céphalées diffuses fréquentes)
- horaire variable
- durée 24 heures
- frontales gauches

- accompagnées de
  photophobie
  vomissements bilieux qui terminent la migraine
  a eu une fois une colique hépatique en migraine

- action :
  aspirine = 0
  tubages duodénaux = +
  vibtil = +++

3 - Examen
- Murphy : +

4 - Cholecystographie
- Gros calcul cubique du fond vésiculaire, mobile.
- vésicule hypotonique se vidant mal
- VBP non vue

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- siphon normal ; lithiase
- d : VBP = 3
- h : L2 = 2^{8}
  R = 0,II
- n'a pas eu de modificateurs de comportement

6 - T.C.M.
- provoque une crise habituelle . Céphalée frontale gauche avec vomissements bilieux.

CONCLUSION : lithiase vésiculaire sans anomalie de la V.B.P.

OBS. N° 28

Madame F..... BC. 62. 259

42 ans
Sans profession

1 - Antécédents
- famille de migraineux
- tuberculose ganglionnaire en I933

2 - Migraines
- début à I2 ans
- fréquence variable (arrêt pendant 6 ans puis reprise récente)
- déclenchées par chocolat, oeufs.
- débutant le matin
- durant quelques heures à 24 heures
- accompagnés de :
  vomissements bilieux
  pas de signes oculaires
  pesanteur sous costale droite avec parfois douleur biliaire typique
- action : aspirine : ++

3 - Examen
- Murphy : +

4 - Cholecystographie :
- vésicule non calculeuse, bien opacifiée
- siphopathie organique par diaphragme infundibulu cervical
- vésicule en brioche
- la VBP parait grêle
- évacuation minime 45 minutes
- n'a eu ni biligraphie, ni T.C.M.

CONCLUSION : Siphopathie : vésicule en brioche

OBS. N° 29

Mademoiselle F.... B.H. 62. 767

---

24 ans
Mécanographe

1 - Antécédents
- mère migraineuse
- appendicectomie en I958

2 - Migraines
- depuis l'enfance
- 2 crises par mois
- provoquées par : graisses, oeufs, chocolat
- débutant au réveil
- durant 24 à 48 heures
- hémicrânie temporale droite ou gauche

- accompagnées de :
  photophobie
  nausées et vomissements bilieux
  suivies de douleur biliaire typique

- action : aspirine : +

3 - Examen
- Murphy : +

4 - Cholecystographie :
- vésicule non lithiasique
- infundibulum : aspect de siphopathie
- V.B.P. non vue
- évacuation correcte avec Bladex , mais provoque une crise de migraine habituelle

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- sans modificateur :
  siphopathie : S étroit et très serré
  d : VBP = 2
  h : L2 = 30
  R = 0,07

- après codéine :
  arrêt complet despassages duodénaux
  pas de dilatation V.B.P.
  R = 0,07
  distension vésiculaire modérée
  crise douloureuse.

6 - T.C.M.
- positif (migraine et douleur biliaire

CONCLUSION : siphopathie avec V.B.P. grêle

OBS. N° 30

Madame G..... B.C. 6I. 384

---

37 ans
Employée de la R.A.T.P.

1 - Antécédents
- appendicectomie + hystérectomie pour fibrome en I956

2 - Migraines
- début à I0 ans
- 2 à 5 par mois
- provoquées par graisses
- débutant le matin au réveil
- hémicrânie D. ou G.

- accompagnées de :
  photophobie
  nausées, vomissements
  pas de douleur sous-costale

- action
  tubages duodénaux = 0
  vibtil = 0

3 - Examen
- Murphy : -

4 - Cholecystographie
- grosse vésicule bien opacifiée
- cholédoque un peu gros : d = 6 mm
- après Bladex : vésicule bille,
  bonne évacuation

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- gros cholédoque :
  d : VBP = I0
  h : L2 = 28
  R = 0,2I
- après Bladex :
  vésicule bille
  mais évacuation

6 - T.C.M.
- positif (migraine seule)

CONCLUSION : Cholédoque un peu gros
Vésicule bille : siphopathie (Ch. Debray)

OBS. N° 3I

Monsieur G..... B.H. 60. I526

---

34 ans
Employé de bureau

1 - Antécédents
- ictère viral en I939
- R.A.A. en I954
- père migraineux

2 - Migraines
- début à 30 ans
- fréquence croissante
- pas de facteur déclenchant
- débutant le matin au réveil
- durant 24 heures
- hémicrânie gauche

- accompagnées de :
  photophobie de :
  nausées sans vomissements
  pas de douleur sous-costale

- E.E.G., F.O., examen O.R.L., tests hépatiques :normaux

- action : aspirine , gynergène, vichy : 0
  tubages : 0
  Vibtil : +

3 - Examen
- Murphy : +

4 - Cholescystographie
- vésicule normale non lithiasique
- V.B.P. parait grêle
- bons passages duodénaux

5 -Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- striction infundibulo-cervicale
  d : VBP = 2
  h : L2 = 28
  R = 0,07

- après codéine
  distension minime : d = 3 R = 0,II
  arrêt des passages duodénaux : 1 heure
  distension vésiculaire normale
  examen provoque une migraine très importante

6 - T.C.M. : négatif

CONCLUSION : V.B.P. grêle (limite du normal)

OBS. N° 32

Madame G..... B.H. 6I. I269

---

53 ans
Aide-comptable

1 - Antécédents -hépatite virale en mai I96I

2 - Migraines
- début à 43 ans
- 2 à 3 par mois
- pas de facteur déclenchant
- débutant au réveil le matin
- durant 24 à 48 heures
- hémicrânie gauche

- accompagnées de :
  photophobie, scotome lumineux
  nausées et vomissements bilieux
  douleur sous-costale droite, irradiant à l'épaule droite
  (la malade avait déjà eu des douleurs semblables, isolées avant l'apparition des migraines).

- action : aspirine = 0

3 - Examen - pas de Murphy

4 - Cholecystographie
- grosse vésicule non lithiasique
- infundibulum allongé en doigt de gant
- Bladex : bonne évacuation (provoque une migraine habituelle)

5 - Biligraphie :
- T.A.V. = I5 minutes
- infundibulum en doigt de gant
  d : VBP = 5
  h : L2 = 30
- passages duodénaux
  R = 0,I6
- l'examen provoque une migraine typique et la malade n'a pas de bili-codéine.

6 - T.C.M. - positif (migraine, état nauséeux, douleur sous-costale droite)

CONCLUSION : V.B.P. normale
Infundibulum en doigt de gant.

OBS. N° 33

Madame G..... (service Rubens-Duval)

51 ans
sans profession

1 - Antécédants
- néant

2 - Migraines
- début à 49 ans
- fréquence variable
- provoquées par repas gras
- débutant le matin en règle
- durant quelques heures
- frontales ou occipitales, mais toujours à début et prédominance unilatérale

- accompagnées de :
  pas de signes oculaires
  pas de nausées ni de vomissements
  avec douleurs sous-costales droites qui ont débuté 1 an avant les migraines et sont parfois isolées.

- action : calmées seulement par la butacaïne huileuse.

3 - Examen
- pas de Murphy
- douleurs rachidiennes
- petit goître

4 - Cholecystographie
- vésicule normale non lithiasique
- gros cholédoque, partie inférieure mal vue
- bons passages

5 - Biligraphie
- grosse vésicule totalement opacifiée à 45 minutes
- bons passages à partir de 1 h. 15
- gros cholédoque :
  d : VBP = 8
  h : L2 = 30
  R = 0,27

- après codéine
  arrêt des passages pendant 1 h. 55
  gros cholédoque ne se dilatant pas R = 0,27
  grosse distension vésiculaire
  l'examen provoque une crise douloureuse habituelle

6 - T.C.M.
- douleur sous-costale sans migraine

CONCLUSION : gros cholédoque (hypertrophie Oddienne ?)

OBS. N° 34

Madame G..... B.C. 56. 278

6I ans
Sans profession

1 - Antécédents
- mère migraineuse

2 - Migraines
- début à 30 ans
- 1 par mois (avec règles)
- spontanées mais provoquées par graisses
- débutant la nuit
- durant 3 jours
- frontales gauches

- accompagnées de :
  pas de signes oculaires
  vomissements bilieux
  pas de douleur sous-costale droite

- Action : aspirine = 0
  gynergène = +

3 - Examen
- Murphy : -

4 - Cholecystographie
- pas de lithiase
- vésicule en forme de cornemuse avec plicature du corps vésiculaire
- bonne concentration
- siphon linéaire se distendant peu avec boucle de cystique
- V.B.P. bien vue, parait normale
  d : VBP = 4
  h : L2 = 33
  R = 0,I2

- après Bladex
  hyperévacuation (à 30 minutes les 9/I0°)

5 - N'a eu ni biligraphie, ni T.C.M.

CONCLUSION : Vésicule en cornemuse
Voies biliaires normales

OBS. N° 35

Mademoiselle G..... B.C. 6I. 5I0

42 ans
Secrétaire médicale

1 - Antécédents - I945 tuberculose pulmonaire bilatérale

2 - Migraines
- début après la puberté (I5 ans)
- d'abord espacées, actuellement 1 par semaine
- pas de facteur déclenchant
- le matin au réveil
- durant 24 heures à 48 heures
- hémicranie : temporo-frontale droite

- accompagnée s de :
  mouches volantes
  nausées et vomissements bilieux
  pesanteur sous-costale droite qui peut survenir en dehors des migraines, mais existe toujours lors des migraines.

- action : aspirine, gynergène = 0.
  optalidon : +

3 - Examen - Murphy : -

4 - Cholecystographie
- vésicule petite non lithiasique
- VBP non vue
- évacuation normale

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- sans modificateur
  vésicule normale
  d : VBP = 3
  h : L2 = 30
  R = 0,I0

- après codéine
  arrêt incomplet des passages
  dilatation VBP : d = 6
  R = 0,20
  distension vésiculaire normale

6 - T.C.M. - négatif (céphalée frontale différente de la migraine habituelle)

CONCLUSION : Voies biliaires normales

OBS. N° 36

Madame G..... B.H. 59. I45

---

57 ans
Ménagère

1 - Histoire: très complexe

- A partir de I946, crises de colique hépatique franches alternant avec des migraines et des céphalées
- I960 : cholecystectomie pour lithiase vésiculaire
- I954 : réintervention pour les mêmes troubles avec lithiase du moignon cystique
- continue à avoir mal :
  nausées, vomissements
  douleurs sous-costales droites ou isolées
  notable amélioration par cholérétiques et Vibtil
  Puis récidive par crise intense en I959 qui commence par migraines suivies de douleurs intenses sous-costales droites.

2 - Examen - difficile - nervosité - douleur

3 - Biligraphie - avec morphine
  Hépato-cholédoque dilaté : d : VBP = I0
  h : L2 = 30
  R = 0,33
  Terminaison du cholédoque en tube à hémolyse
  Arrêt complet des passages duodénaux

- réintervention : sphinctérotomie
  passages normaux
  aucune action sur migraines

CONCLUSION : Gros cholédoque après cholecystectomie pour lithiase
Migraines un peu améliorées par : Vibtil et Sorbitol

OBS. N° 37

Madame H..... B.H. 60. I046

Agée de 30 ans
Femme de ménage

1 - Antécédents : Salpingectomie bilatérale en I952 pour annexite bilatérale

2 - Migraines
- début après l'intervention en I952
- d'abord 1 à 2 par mois. actuellement 1 par semaine
- pas de facteur déclenchant
- débutant le matin en règle
- durant 24 à 48 heures
- hémicrânie droite au début puis diffuse

- accompagnées de :
  photophobie
  nausées et vomissements
  depuis 1 ans au cours de la crise apparait un point douloureux vésiculaire

- action : aspirine - histaglobine = 0
  optalidon : +

3 - Examen
- Murphy : ±
- nervosité : ++
- fonds d'oeil : normaux

4 - Biligraphie :
- (pas de cholecystographie ni bilicodéine car la malade à refusé)
- T.A.V. = I5 minutes
- V.B.P. et vésicule bien opacifiées avant les premiers passages duodénaux qui surviennent seulement 1 heure I5 après le début de l'examen.
- vésicule normale non lithiasique
- d : VBP = 6
  h : L2 = 30
  R = 0,20

5 - T.C.M. - positif (douleur sous-costale droite + migraine)

CONCLUSION : Voies biliaires normales

OBS. N° 38

Madame J..... B.C. 60. 946

---

40 ans
Vendeuse

1 - Antécédent - néant

2 - Migraines
- depuis 2 ans
- provoqués par repas gras
- fréquence variable
- débutant en fin d'après midi
- durant quelques heures à 48 heures
- bilatérales mais toujours à prédominance droite.

- accompagnées de :
  signes oculaire : 0
  pas de vomissements ni de nausées
  douleur de l'hypochondre droit de type biliaire
  survenant souvent isolées

- action : aspirine : 0
  vibtil : +++

3 - Examen - Pas de Murphy

4 - Cholecystographie
- grosse vésicule, bonne concentration
- 1 calcul ovalaire de 5 à 6 mm
- cholédoque parait gros

5 - Biligraphie
- T.A.V. = IO minutes
- sans modificateur
  quelques passages
  terminaison en tube à hémolyse
  d : VBP = 8
  h : L2 = 30
  R = 0,27

- après codéine
  arrêt complet des passages à partir de 40 minutes
  dilatation de la VBP d = I2
  R = 0,40
  grosse distension vésiculaire

6 - T.C.M. - positif (migraine seule)

CONCLUSION : gros cholédoque
lithiase vésiculaire
Oddite ?

OBS. N° 39

Mademoiselle K..... B.C. 59. 280

---

28 ans
Script-girl à la T.V.F.

1 - Antécédents - néant

2 - Migraines
- début à 23 ans
- rythme variable
- favorisées par écarts alimentaires (graisses)
- horaire variable
- durant 24 à 48 heures
- temporales droites

- accompagnées de :
  pas de signes oculaires
  ni nausées, ni vomissements
  accompagnant ou sont accompagnées toujours d'une colique hépatique franche, typique.

- action :
  aspirine = 0
  Vichy = +
  Vibtil = ++

3 - Examen - pas de Murphy dans l'intervalle des crises

4 - Cholecystographie
- vésicule normale non lithiasique
- quelques sinus de Rokitansky au niveau du fond
- aspect dyskinétique du col après Bladex
- V.B.P. non vue

5 - Biligraphie
- T.A.V. = 15 minutes
  siphon coudé : maladie du siphon
  V.B.P. grêle d = 1
  h L2 = 28
  R = 0,04
  quelques passages duodénaux

- après codéine :
  arrêt complet des passages
  confirmation de la siphopathie
  pas de dilatation de la V.B.P.
  R = 0,04
  Distension vésiculaire normale

6 - T.C.M. - très positif (migraine + douleur / vomissements)

CONCLUSION : V.B.P. grêle + siphopathie

OBS. N° 40

Monsieur K..... B.C. 59. 204

22 ans
Etudiant

1 - Antécédents - néant

2 - Migraines
- depuis 2 ans
- fréquence augmentée
- pas de facteur déclenchant
- en règle le matin
- durée variable, ½ à 2 h. ou plus
- siège variable , souvent céphalée bilatérale en casque
- accompagnée de :
  pas de signes oculaires
  pas de vomissements ni de nausées
  parfois des douleurs sous-costales droites
- action : aspirine : 0
  vacances : amélioration
  Vibtil : ++

3 - Examen - Murphy : +

4 - Cholecystographie
- vésicule normale, non lithiasique
- bonne concentration
- V.B.P. bien vue, parait grêle
- Boyden provoque céphalée + douleur hypochondre

5 - Biligraphie
- T.A.V. = 30 minutes
- sans modificateur
  quelques passages duodénaux
  d : VBP = 1
  h : L2 = 32
  R = 0,03
- Après morphine
  arrêt complet des passages duodénaux
  distension vésiculaire
  la VBP reste grêle
  d = 1
  R = 0,03

6 - T.C.M. - positif (céphalée 8 heures après avec vomissements bilieux qui soulagent cette céphalée)

CONCLUSION : V.B.P. grêle

OBS. N° 4I

Madame K..... B.H. 6I. I0I4

---

45 ans
Employée d'usine

1 - Antécédents - néant . Cholecystostomie temporaire (migraines)

2 - Migraines
- début à 39 ans
- chaque mois au moment des règles
- provoquées également par graisses
- débutant le matin au réveil
- durant 2 à 3 jours
- hémicrânie temporale, gauche

- accompagnées de :
  ni signe oculaire
  ni nausées
  ni douleur sous-costale

- action :
  gynergène = +
  tubages duodénaux = 0
  cholécystostomie = 0

3 - Examen
- Murphy : -
- laparoscopie : R.A.S.
- bilan hépatique : R.A.S.
- arthrose cervicale

4 - Cholecystographie
- vésicule en crochet probablement par adhérence post-opératoire
- bonne opacification, bonne évacuation

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- simple : d : VBP = 4
  h : L2 = 30
  R = 0,I3
  quelques passages

- codéine :
  distension V.B.P. : d = 7
  R = 0,23
  persistance des passages
  distension vésiculaire modérée qui efface le crochet

6 - N'a pas eu de T.C.M.

CONCLUSION : Voies biliaires normales

OBS. N° 42

Monsieur L..... B.C. 6I. 927

---

36 ans
Ouvrier de précision

1 - Antécédents
- appendicectomie en 5I
- petite dysphagie retro-sternale haute sans lésion radiologique visible.

2 - Migraines
- début à 34 ans
- 1 par mois
- sans facteur déclenchant
- le matin au réveil
- durant 24 heures
- hémicranie stricte

- accompagnée de :
  scotome central
  vomissements bilieux ou débacle diarrhéique qui soulage la migraine
  pas de douleur sous-costale droite

- Action :
  nulle de tous les médicaments

3 - Examens
- Murphy : +

4 - Cholecystographie et T.C.M.
- non faits (le malade devait être hospitalisé)

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- siphon mal vu
- vésicule commence à s'opacifier à partir de la 90è minute
- quelques passages duodénaux
- V.B.P. apparait grêle :
  d : VBP = I
  h : L2 = 29
  R = 0,035

CONCLUSION : V.B.P. grêle (mais étude incomplète)

OBS. N° 43

Madame L..... B.C. 59.327

---

40 ans
sans profession

1 - Antécédents - néant

2 - Migraines
- début à 30 ans
- fréquence variable
- pas de facteur déclenchant
- débutant le matin au réveil
- durant 24 heures
- céphalées diffuses

- accompagnées de :
  photophobie
  vomissements qui calment
  jamais de douleur sous-costale

- Action : aspirine : 0
  Vibtil : +

3 - Examen - pas de Murphy

4 - Cholecystographie
- vésicule de volume normal non lithiasique
- la V.B.P. parait normale
- bonne évacuation

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- avant modificateur :
  quelques passages
  d : VBP = 3
  h : L2 = 30
  R = 0,I0

- après morphine
  pas d'arrêt des passages
  pas de dilatation VBP R = 0,I0
  distension vésiculaire modérée

6 - T.C.M. - positif (céphalée + vomissement + douleur sous-costale)

CONCLUSION : Voies biliaires normales

OBS. N° 44

Madame L..... B.H. 59.I380

---

35 ans
Educatrice d'enfants

1 - Antécédents
- eczéma ancien
- crises de coliques hépatiques depuis I5 ans , d'abord espacées, puis très fréquentes ayant fait pratiquer une cholecystectomie pour lithiase vésiculaire en I955.

2 - Migraines
- depuis 20 ans, mais plus fréquentes depuis l'intervention
- fréquence variable
- pas de facteur déclenchant
- en général début le matin
- durant quelques heures
- hémicranies franches alternant avec des céphalées bilatérales
- toujours accompagnées de :
  photophobie
  état nauséeux et vomissements bilieux
  douleur de type biliaire soulagée par les vomissements
- action : aspirine = 0
  vibtil = +
  tubages = +++

3 - Examen
- pas de Murphy

4 - Cholecystographie
- (d'avant l'intervention)
- lithiase vésiculaire : 1 gros calcul

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- sans modificateur :
  moignon cystique visible
  passages oddiens normaux
  V.B.P. : d = 3
  h : L2 = 28
  R = 0,II
- après morphine :
  arrêt incomplet des passages
  légère distension de la V.B.P.
  d = 5
  R = 0,I8

6 - T.C.M.
- positif (céphalée avec crise de colique hépatique)

CONCLUSION : Cholecystectomie pour lithiase vésiculaire cholédoque normal.

OBS. N° 45

Mademoiselle L..... B.C. 62 33

---

22 ans
Secrétaire

1 - Antécédents
- Eczéma à la puberté (passager)
- primo-infection en 1951

2 - Migraines
- depuis la puberté
- au moins 1 fois par mois, sans rapport avec les règles
- pas de facteur déclenchant
- le matin au réveil
- durant 24 à 48 heures
- frontales à prédominance droite

- accompagnée de :
  pas de signes oculaires
  diarrhée, nausées. Pas de vomissements
  pas de douleur sous-costale

- action ; aspirine : +
  jamais de migraines en vacances.

3 - Examen
- sensibilité de la région vésiculaire
- pouvoir histaminopexique : 0

4 - Cholecystographie
- petite vésicule allongée, avec coudure accentuée du siphon
- VBP bien vue, paraissant grêle
  d : VBP = 2
  h : L2 = 30
  R = 0,07

5 - Biligraphie
- refusée

6 - T.M.C.
- positif (mais migraine atypique, isolée avec vomissements bilieux).

CONCLUSION : V.B.P. paraissant grêle mais non contrôlée en biligraphie

OBS. N° 46

Monsieur L..... B.C. 60. I20

---

34 ans
Moine

1 - Antécédents
- mère migraineuse
- ictère catarrhal à l'âge de I4 ans ayant duré plus de 6 semaines.

2 - Migraines
- ayant débuté à la fin de l'ictère
- au moins une crise par mois
- pas de facteur déclenchant
- horaire variable
- durant une heure, mais suivie d'une obnubilation pendant 24 heures
- sus-orbitaire gauche

- accompagnées de :
  scotome scintillant
  dysesthésie main droite
  nausées sans vomissements
  pas de douleur sous-costale droite

- action :
  aspirine, gynergène, vacances = 0

3 - Examen
- pas de Murphy
- pouvoir histaminopexique : I0
- examen ORL = R.A.S.
- examen ophtalmo.= R.A.S.

4 - Cholecystographie
- pas de lithiase mais aspect de tumeur bénigne du fond vésiculaire (adénome ? cholestérose ?)
- grosse vésicule. Bonne concentration. Siphon normal
- bonne évacuation
- cholédoque dilaté dans la portion sus-pancréatique avec ébauche de radicelle. Bons passages
  d : VBP = I0
  h : L2 = 32
  R = 0,30

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I0 minutes
- sans modificateur : peu de passages
  d : VBP = 8 R = 0,25
  Cholédoque inférieur non vu

- après codéine
  persistent quelques passages
  distension vésiculaire, pas de douleur
  d : VBP = I0 R = 0,30

6 - T.C.M.
- non fait

CONCLUSION : Gros cholédoque

OBS. N° 47

Madame L..... J.P.H. Lanay

44 ans

1 - Antécédents - néant

2 - Migraines
- début à 4I ans
- 3 à 4 par semaine
- fréquence augmentée récemment
- provoquées par : graisses, oeufs, chocolat, règles
- horaire variable
- durant 24 heures.

- accompagnées de :
  photophobie
  vomissements bilieux qui soulagent
  douleurs de l'hypochondre droit sans irradiation
  parfois suivies d'un prurit généralisé

- Action nulle de tous les médicaments sauf du Vibtil: +++

3 - Examen - sensibilité sous-costale droite

4 - Cholecystographie
- vésicule de volume normal, un calcul mobile (noisette)
- siphopathie
- bonne évacuation mais tardive (commence après 45 minutes) douloureuse
- VBP non vue

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I0 minutes
- passages duodénaux
  d : VBP = 6
  h : L2 = 28
  R = 0,2I

6 - T.C.M.
- positif (migraine typique avec prurit
- contre-épreuve avec protection; protection absolue

CONCLUSION : siphopathie avec lithiase vésiculaire

OBS. N° 48

Madame L..... B.H. 60.45I

---

32 ans
Comptable

1 - Antécédents - néant (en dehors constipation)

2 - Migraines
- début en 1946
- fréquence variable
- provoquées par graisses cuites
- le matin au réveil
- durée variable
- hémicranie droite

- accompagnées de :
  pas de signes oculaires
  nausées et vomissements
  parfois des douleurs sous-costales droites, irradiant en arrière

- action : aspirine = 0
  vichy = 0

3 - Examen - Murphy : ++

4 - Cholecystographie
- vésicule normale, non lithiasique
- cholédoque paraît grêle
- évacuation normale, non douloureuse

5 - Biligraphie
- T.A.V. = 15 minutes
- sans modificateur ;
  passages duodénaux
  h : VBP = 2
  d : L2 = 27
  R = 0,07

- après morphine :
  arrêt complet des passages
  VBP reste grêle
  R = 0,07
  distension vésiculaire très marquée
  provoque : migraine + douleur sous-costale.

6 - T.C.M. - positif (migraine + douleur)

CONCLUSION : V.B.P. grêle

OBS. N° 49

Madame L..... B.C. 58. I08

37 ans
infirmière A.P.

1 - Antécédents
- Hystérectomie en I956

2 - Migraines
- début à 20 ans
- 3 à 4 par mois
- provoquée par graisses, oeufs, chocolat
- horaire variable
- durant 1 à 3 heures
- céphalée frontale intense, bilatérale mais à prédominance d'un côté, au début.

- accompagnées de :
  pas de signes oculaires
  des vomissements qui soulagent si bilieux
  douleur de type biliaire qui durent plus longtemps que les céphalées.

- Action nulle de tous les médicaments

3 - Examen
- obésité
- douleur à la palpation de la région vésiculaire, sans Murphy vrai

4 - Cholecystographie
- grosse vésicule non lithiasique
- hypertrophie de la valve infundibulo-cervicale siphopathie certaine
- évacuation : vésicule bille, passages oddiens normaux

5 - Biligraphie
- avec morphine d'emblée
- quelques passages Oddiens
- VBP grêle
- distension vésiculaire
- crise douloureuse intense

6 - T.C.M.
- positif (céphalée frontale avec douleur biliaire intense ++)

CONCLUSION : siphopathie certaine

OBS. N° 50

Madame L..... B.H. 60.730

. 33 ans
sans profession

1 - Antécédents
- constipation de longue date
- reflux oesophagien sans H.H.

2 - Migraines
- début en I946
- d'abord une par mois (règles) actuellement 4 à 6 par mois
- pas de facteur déclenchant
- débutant le matin
- durant 24 heures
- temporale droite

- accompagnées de :
  pas de signes oculaires
  pas de nausées
  douleur épigastrique, parfois suivant la migraine, n'ayant aucun caractère biliaire.

- action : aspirine = brûlures

3 - Examen
- pas de Murphy

4 - Cholecystographie
- vésicule bien opacifiée
- image étoilée au niveau de l'infundibulum correspondant à un noyau de cholestérolose
- bonne évacuation
- V.B.P. jamais bien vue en éntier

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- avant modificateur :
  passages normaux
  d : VBP = 5
  h : L2 = 30
  R = 0,I7

- après morphine :
  arrêt des passages pendant 45 minutes
  distension vésiculaire normale
  d : VBP = 5
  R = 0,I7

6 - T.C.M.
- négatif

CONCLUSION : cholestérolose vésiculaire

OBS. N° 5I

Madame L..... B.H. 59250

---

34 ans
ouvrière spécialisée

1 - Antécédents
- typhoïde à I7 ans
- hystérectomie à 24 ans

2 - Histoire très particulière :
- depuis 3 ans
- 2 fois par mois
- horaire variable (mais le matin en général)
- sans facteur déclenchant
- céphalée frontale

- accompagnées de :
  pas de signes oculaires
  des vertiges
  des vomissements bilieux
  une douleur épigastrique irradiant à la base du thorax et épaule droite
  Souvent un subictère avec réaction fébrile au décours de la crise qui dure de 3 à I2 h.

- aption nulle des médicaments sauf du Vibtil

3 - Examen
- Murphy très positif en crise.

4 - Cholecystographie
- vésicule normale
- très gros cholédoque
  d : VBP = I0
  h : L2 = 25
  R = 0,40
- évacuation satisfaisante.

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- sans modificateur
  d : VBP = I0 R = 0,40
  terminaison du cholédoque :
  tantôt en tube à hémolyse
  tantôt en aspect effilé avec un passage trans-oddien extrêmement étroit.

- après morphine
  arrêt complet des passages
  distension vésiculaire
  légère dilatation de V.B.P. R = 0,44

6 - T.C.M.
- douleur sous-costale droite sans céphalée

CONCLUSION : gros cholédoque dû à une oddite

OBS. N° 52

Mademoiselle L..... B.C. 58. 696

2I ans
Employée AP

1 - Antécédents - néant

2 - Migraines
- début à I9 ans
- fréquence variable
- provoquées par graisses, oeufs, chocolat
- le matin au réveil
- durant 24 à 48 heures
- frontales bilatérales à début unilatéral

- accompagnées de :
  pas de signes oculaires
  nausées et vomissements qui calment si bilieux
  avec souvent des douleurs sous-costales droites,
  d'allure franchement biliaire qui peuvent survenir
  isolément.

- action : aspirine = 0
  cholérétiques = 0
  Vibtil = ++

3 - Examen : pas de Murphy

4 - Cholecystographie (mauvaise qualité)
- vésicule parait normale
- VBP non vue
- hyper-évacuée 30 minutes après Boydén

5 - Biligraphie
- T.A.V. = 20 minutes (urographie = I0 min.)
- sans modificateur
  petite vésicule
  VBP filiforme d = 1
  h : L2= 28
  R = 0,035
  passages duodénaux

- après morphine
  arrêt complet des passages duodénaux pendant 2 heures
  pas de dilatation VBP R = 0,035
  distension vésiculaire

6 - T.C.M. è très positif (migraine + vomissements + douleurs)

CONCLUSION : V.B.P. grêle

OBS. N° 53

Madame M..... B.C. 59. 234

---

46 ans
Sans profession

1 - Antécédents - néant

2 - Migraines
- début à 26 ans
- 1 par semaine actuellement
- pas de facteur déclenchant
- le matin au réveil
- durant 24 à 72 heures
- hémicranie en casque. Droite ou gauche ou les 2

- accompagnées de :
  photophobie
  vomissements bilieux sans action
  douleurs hypochondre droit

- actions : apirine , gynergène = 0
  optalidon = +

3 - Examen - pas de Murphy

4 - Cholecystographie
- grosse vésicule allongée non lithiasique
- siphon normal
- bonne évacuation
- V.B.P. bien vue :
  d : 5
  L2:h: 33
  R = 0,15

R - T.C.M. - négatif (vomissements isolés)

CONCLUSION : Voies biliaires normales

OBS. N° 54

Madame M..... B.C. 61.485

---

41 ans
sténo-dactylo

1 - Antécédants
- ictère catarrhal en 1943
- colique néphrétique droite avec élimination d'un calcul en 1958. Urographie intra-veineuse : R.A.S.

2 - Migraines
- début en 1943, après l'ictère
- d'abord espacées puis 2 par mois
- pas de facteur déclenchant
- horaire variable
- durant 12 à 24 heures
- fronto-temporales droites

- accompagnées de :
  pas de signes oculaires
  parfois des vomissements
  gêne sous costale droite

- action : aspirine : +
  Vibtil : +++

3 - Examen
- Murphy +
- nervosité

4 - Cholecystographie
- vésicule normale non lithiasique
- bonne évacuation
- VBP paraissant normale

5 - Biligraphie
- T.A.V. = 15 minutes
- sans modificateur
  passages duodénaux ++
  VBP et vésicule mal vues

- après codéine
  opacification satisfaisante
  passages duodénaux persistent
  d : VBP = 2
  h : L2 = 28
  R = 0,07
  aucune douleur

6 - T.C.M.
- douteux (migraine atypique : céphalée)

CONCLUSION : Voies biliaires normales

OBS. N° 55

Madame M..... J.P.H.

---

51 ans
Commerçante

1 - Antécédents :
- Mère migraineuse
- Constipation 1 S/III
- Coryza spasmodique + asthme

2 - Migraines
- depuis l'enfance
- fréquence variable , devenues quotidiennes depuis ménopause (5 mois)
- pas de facteur déclenchant
- durant 12 à 24 heures
- débutant le matin
- frontales gauches

- accompagnées de :
  photophobie
  nausées
  douleur sous costale droite parfois

- action nulle des médicaments

3 - Examens
- pas de Murphy

4 - Cholecystographie
- vésicule normale non lithiasique
- bonne évacuation, non douloureuse
- VBP bien vue
  d = 3
  h : L2 = 28
  R = 0,11

CONCLUSION : Voies biliaires normales

OBS. N° 56

Monsieur M..... B.C. 59.I26

---

39 ans
représentant

1 - Antécédents
- diphtérie avec paralysie V.P. et membres inférieurs (enfance)

2 - Migraines
- début à 22 ans
- 1 par semaine
- pas de facteur déclenchant
- le matin au réveil
- durant 24 à 48 heures
- hémicranie gauche.

- accompagnées de ;
  photophobie
  vomissements bilieux parfois
  gêne épigastrique mais pas de douleur sous-costale

- action : aspirine = 0
  Vibtil = 0
  histoglobine = ±

3 - Examen
- Pas de Murphy

4 - Cholecystographie
- vésicule normale non lithiasique
- siphon étiré
- bonne évacuation mais le boyden provoque une migraine intense
  d : VBP = 2
  h : L2 = 33
  R = 0,06

5 - Biligraphie
- refusée

CONCLUSION : V.B.P. peut être grêle (mais pas de contrôle en biligraphie)

OBS. N° 57

Madme O..... J.P.H.

38 ans
institutrice

1 - Antécédents
- mère migraineuse
- cholecystectomie pour lithiase (I955)

2 - Migraines
- depuis l'enfance
- fréquence va en augmentant
- chaque mois au moment des règles
- débutant le matin ou le soir
- durée variable
- hémicrânie G ou D

- accompagnées de :
  photophobie
  vomissements bilieux
  parfois douleur sous-costale qui rappelle les coliques hépatiques d'avant l'intervention.

- action : aspirine = 0
  optalidon= +
  Vibtil = ++

3 - Examen
- pas de Murphy

4 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- sans modificateur
  d : VBP = 8
  h : E2 = 28
  R = 0,28

- après codéine
  persistent quelques passages duodénaux
  d : VBP = I0 R = 0,35
  provoque douleur sous-costale avec migraine.

5 - T.C.M. : positif (migraine typique

CONCLUSION : gros cholédoque après cholecystectomie pour lithiase

OBS. N° 58

Madame P..... B.C. 61.665

---

63 ans
Femme de ménage

1 - Antécédents
- cholecystectomie pour lithiase en avril 59 (radio manométrie per-opératoire normale)

2 - Migraines
- depuis 1919 (âge de 21)
- avant les règle 1 par mois, mais disparition totale avec la cholecystectomie
- le matin au réveil
- durant 24 à 48 heures
- hémicranie gauche

- accompagnées de :
  pas de signes oculaires
  vomissements
  crises de colique hépatique (mais qui survenaient également de façon isolée)

- action : disparition radicale depuis la cholecystectomie

3 - Examen
- Pas de Murphy

4 - Cholecystographie (1959)
- Lithiase vésiculaire : 30 à 40 calculs en facettes)
- VBP non vue

5 - Biligraphie (1951)
- T.A.V. = 15 minutes
- sans modificateur
  passages duodénaux
  d : VBP = 4
  h : L2 = 30
  R = 0,13
- après codéine
  arrêt des passages pendant 1 heures
  dilatation VBP : d = 11 R = 0,39
  douleur sous-costale droite avec migraine

6 - T.C.M.
- positf (douleur sous-costale droite avec migraine identique à celles d'avant l'intervention).

CONCLUSION : Cholédoque normal après cholecystectomie pour lithiase vésiculaire.

OBS. N° 59

Madame P..... B.H. 62 55

50 ans
Infirmière AP

1 - Antécédents
- Depuis 1955, 7 crises douloureuses de l'hypochondre droit avec fièvre, sans modification des urines. Cholecystite ?

2 - Migraines
- début à 44 ans
- fréquence : 2 à 3 par semaine
- déclenchées par " pot au feu"
- le matin au réveil
- durant 24 heures
- temporo-frontales droites

- accompagnées de :
  mouches noires, diplopie, vertiges
  nausées
  souvent douleurs sous-costales droites au décours

- action : aspirine , gynergène = +

3 - Examen
- douleur hypochondre droit
- hépatomégalie confirmée en laparascopie lors d'une crise migraineuse.

4 - Cholecystographie
- vésicule normale non lithiasique
- siphon normal
- cystique très grêle en vrille
- bonne évacuation. Pas de douleur
- VBP , mal vue

5 - Biligraphie
- urographie : 15 minutes
- TVA : 45 minutes
- sans modificateur
  VBP non visible mais passages duodénaux importants
- après codéine
  arrêt complet des passages pendant 2 h.
  VBP = 4 L2 = 33. R = 0,12
  provoque migraine abec douleur sous-costale droite

6 - T.C.M.
- positif (migraine + douleur sous-costale droite)

CONCLUSION : voies biliaires normales

OBS. N° 60

Mademoiselle P... B.C. 6I.526

37 ans
Infirmière

1 - Antécédents :
- typhoïde en I947
- ictère catarrhal en I950
- mère migraineuse

2 - Migraines
- depuis I947
- 2 par mois
- provoquées par graisses et contrariété
- débutant le matin en général
- durant 24 à 48 heures
- hémicrane gauche

- accompagnées de :
  voile devant les yeux et impression de bouffissure
  vomissements
  douleur hypochondre droit
- action :
  aspirine, gynergène, optalidon = +
  vibtil = +

3 - Examen
- Murphy : +

4 - Cholecystographie :
- vésicule normale non lithiasique
- bonne évacuation (douleur)
- VBP paraît grêle

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- sans modificateur :
  bons passages duodénaux
  d : VBP = 3
  h : L2 = 30
  R = 0,I0

- après codéine :
  persistent quelques passages duodénaux distension vésiculaire, pas de dilatation VBP
  R = 0,I0

6 - T.C.M.
- positif (migraine, vomissement, douleur)

CONCLUSION : VBP, limite grêle (ne se dilate pas après codéine mais persistent quelques passages).

OBS. N° 6I

Madame P.... B.C. 59.389

---

37 ans
Secrétaire

1 - Antécédents - néant

2 - Migraines
- depuis l'enfance
- fréquence de plus en plus grande
- provoquées par graisses
- le matin au réveil
- durant 24 heures
- barre frontale

- accompagnées de :
  pas de signes oculaires
  nausées et vomissements qui terminent la migraine si bilieux
  jamais de douleur sous-costale

- action : aspirine = 0
  vibtil = +
  grossesse : +++

3 - Examen - pas de Murphy

4 - Cholecystographie
- vésicule normale non lithiasique
- infundibulum allongé
- évacuation insuffisante (inférieure à 50% une heure après Bladex)
- VBP mal vue

5 - Biligraphie
- T.A.V. = 45 minutes (passages duodénaux
- faible opacification de la vésicule
- passages duodénaux : +++
- VBP non vue, uniformément, mais parait normale

6 - T.C.M. - Négatif

CONCLUSION : Voies biliaires normales

OBS. N° 62

MADAME P..... B.C. 60.66

---

24 ans
Secrétaire

1 - Antécédents
- I959 : cholecystectomie pour lithiase avec ictère
- 2 mois plus tard, péritonite biliaire (fistule sur calculs restants)

2 - Migraine
- depuis la 2è intervention
- 1 crise par mois (sans rapport avec règles)
- pas de facteur déclenchant
- horaire variable
- occipitale D ou G puis hémicranie , puis céphalée en casque

- accompagnées de :
  pas de signe oculaire
  nausées
  migraine précéde toujours de I5 minutes une douleur sous-costale droite qui irradie à l'épaule droite

- action : aspirine = 0 vibtil = +

3 - Examen
- hypochondre sensible au niveau de la cicatrice

4 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- sans modificateur :
  bons passages duodénaux
  pas de calcul restant
  d : VBP = 7
  h : L2 = 35
  R = 0,20
- après morphine :
  arrêt des passages pendant 40 minutes
  distension moignon cystique qui est long
  d : VBP = 9
  R = 0,26
  douleurs habituelles

5 - T.C.M.
- positif (crise habituelle mais d'intensité moindre)

CONCLUSION : Cholédoque normalement dilaté après cholécystectomie pour lithiase

OBS. N° 63

Mademoiselle P... B.C. 6I 892

47 ans
Infirmière A.P.

I - Antécédants
- mère migraineuse
- urticaire aux fraises
- arthrose cervicale

2 - Migraines
- depuis l'enfance
- 1 à 2 par mois
- pas de facteur déclenchant
- le matin au réveil
- durant 24 à 48 heures
- temporo-pariétales droites

- accompagnées de :
  scotome lumineux scintillant
  vomissements bilieux qui soulagent
  jamais de douleurs sous-costales droites pendant la migraine.

- action : aspirine = 0

3 - Examens
- Murphy : +

4 - Cholecystographie
- vésicule normale non lithiasique
- bonne évacuation non douloureuse
- VBP paraît normale

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- premiers passages duodénaux après 1 heure
  d : VBP = 4
  h : L2 = 30
  R = 0,I3

6 - T.C.M.
- négatif (vomissements bilieux isolés)

CONCLUSION : Voies biliaires normales

OBS. N° 64

Madame Q.... B.C. 60.404

57 ans
infirmière

I - Antécédents - néant

2 - Migraines
- depuis la puberté
- 2 à 3 par mois
- pas de facteur déclenchant
- le matin au réveil
- durant 24 heures
- rétro-orbitaires droites

- accompagnées de :
  pas de signes oculaires, mais rougeur de la face
  nausées et vomissements bilieux qui arrêtent la migraine
  pas de douleur de l'hypochondre droit mais a eu des crises de colique hépatique

- action :
  aspirine = 0
  gynergène = +
  histaglobine = +

3 - Examen - pas de Murphy

4 - Cholecystographie
- pas de lithiase
- volume normal, bonne concentration
- siphon, calebasse, cystiques vrillé grêle
- évacuation lente
- légère dilatation du cholédoque
  d : VBP = 5
  h : L2 = 28
  R = 0,17

CONCLUSION : vésicule en valebasse
siphopathie ?

OBS. 65

Monsieur R..... B.H. 62.I64

---

32 ans
dessinateur

I - Antécédents - Ictère catarrhal à 9 ans et 26 ans

2 - Migraines
- début à 22 ans
- chronologie :
  migraine
  douleur sous-costale droite à irradiation scapulaire
  avec vomissements
  hypersudation et malaise
- par ailleurs :
  hypoglycémie vérifiée à plusieurs examens
  hypocalcémie avec Schvosteck
  hypochondriaque
  nervosité

3 - Examen - Murphy : +

4 - Cholecystographie - non faite

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- sans modificateur
- vésivule opacifiée à 30 minutes
  VBP parait grêle
- après morphine
  la VBP reste grêle
  examen produit une crise identique aux crises spontanéss

6 - T.C.M. - Négatif

CONCLUSION : V.B.P. grêle (mais chiffres non connus)
"Equivalent viscéral de spasmophilie ou dyskinésie biliaire ? " (Klitz).

OBS. N° 66

Madame R..... B.C. 59.I09

52 ans
Employée A.P.

I - Antécédents
- I933 ablation d'un goître
- constipée habituelle

2 - Migraines
- depuis l'enfance
- 5 à 6 par mois
- pas de facteur déclenchant (mais toujours une migraine au moment des règles)
- débutant la nuit
- durant 24 à 48 heures
- apex à prédominance gauche

- accompagnées de :
  photophobie
  vomissements
  douleurs sous-costales droites
    depuis une dizaine d'années
    débutant à la fin de la migraine

- action :
  aspirine, gynergène = 0
  optalidon : +
  vibtil = +

3 - Examen
- Murphy : +

4 - Cholecystographie
- vésicule de volume normal non lithiasique
- petit diaphragme au niveau du collet
- évacuation minime provoque migraine + douleur sous-costale
- VBP mal vue.

5 - Biligraphie
- refusée

6 - T.C.M.
- positif (migraine habituelle)

CONCLUSION : mauvaise étude radiologique (voie biliaire normale ?)

OBS. N° 67

Madame R..... B.C. 61.894

---

51 ans
représentante

1 - Antécédents
- Père migraineux
- 1960 : cholecystectomie pour lithiase vésiculaire et cholédocienne
- sphinctérotomie pour oddite

2 - Migraines
- depuis l'enfance
- déclenchées par graisses, contrariétés
- fréquence variable
- le matin au réveil
- durant 12 à 24 heures
- frontales à prédominance gauche

- accompagnées de ;
  mouches volantes
  vomissements bilieux qui soulagent
  douleur sous-costale droite même depuis l'intervention

- action :
  aspirine = 0
  intervention = 0
  optalidon = ±
  vibtil = +++

3 - Examen
- pas de Murphy

4 - Biligraphie
- pas d'aérobilie
- T.A.V. = 15 minutes
- pas de lithiase cholédocienne visible
- cholédoque dilaté d = 14
  h : L2 = 28
  R = 0,50
- Passages duodénaux normaux.

CONCLUSION : cholédoque dilaté après cholecystectomie pour lithiase

OBS. N° 68

Monsieur R..... B.C. 59. II6

---

32 ans
Employé E.D.F.

I - Antécédents - néant

2 - Migraines
- début à 30 ans
- déclenchées par graisses
- fréquence fonction du régime
- horaire variable
- durant quelques heures
- céphalées occipitales mais parfois hémicranie isolée

- accompagnées de :
  pas de signes oculaires
  nausées et vomissements
  douleur biliaire

- action : aspirine : 0
  vibtil : ++

3 - Examen - Murphy : -

4 - Cholecystographie
- vésicule normale non lithiasique
- parait dyskinétique en évacuation
- VBP parait grêle

5 - Biligraphie
- T.A.V. = 20 minutes
- sans modificateur :
  VBP : d = 2
  L2 : h = 30
  R = 0,06

- après morphine :
  arrêt des passages duodénaux complet
  distension vésiculaire
  pas de dilatation VBP R = 0,06

6 - T.C.M. - positif (migraine + nausées + douleur)

CONCLUSION : VBP grêle

OBS. N° 69

Monsieur S..... B.H. 6I

37 ans
Tôlier

1 - Antécédents - urticaire à l'aspirine

2 - Migraines
- début à 22 ans
- fréquence variable 2 par an, puis 2 à 3 par mois
- pas de facteur déclenchant
- le matin au réveil
- de 6 heures à 3 jours
- temporo-pariétales gauches

- accompagnées de :
  scotome lumineux à la Vauban : O.G.
  vomissements bilieux qui stoppent parfois la migraine
- pas de douleur sous-costale
- action :
  aspirine = intolérance
  gynergène = 0
  vibtil = +

3 - Examen - pas de Murphy

4 - Cholecystographie :- volume normal, pas de lithiase
- bonne évacuation non douloureuse
- VBP bien visible
  d : = 3
  h : L2 = 30
  R = 0,I0

5 - Biligraphie - refusée (le malade quitte le service)

CONCLUSION : Voies biliaires normales

OBS. N° 70

Mademoiselle S.... BH 60.I054

---

60 ans
Femme de ménage

I - Antécédents
- éthylisme chronique (Bière)

2 - Migraines
- depuis l'enfance
- fréquence accrue depuis ménopause
- pas de facteur déclenchant
- horaire variable
- durée variable 1 h. à 48 h
- temporales gauches en général

- accompagnées de :
  pas de signes oculaires
  nausées et vomissements qui ne calment pas
  jamais de douleur sous-costale droite.

- action :
  aspirine, gynergène = 0

3 - Examen
- débord hépatique
- pas de murphy

4 - Cholecystographie
- vésicule de volume normal non lithiasique
- mauvaise évacuation avec vésicule en bille. Siphon non vu.
- VBP non vue

5 - Biligraphie non faite car le sevrage hospitalier provoque un début de délirium tremens

6 - T.C.M.
- négatif

CONCLUSION : siphopathie : vésicule en bille

OBS. N° 71

Monsieur T..... J.P.H.

48 ans
Commerçant

1 - Antécédents - néant

2 - Migraines
- depuis la puberté
- fréquence variable
- déclenchées par graisses, oeufs, chocolat
- horaire variable
- durant 24 heures
- hémicranie droite

- accompagnées de :
  pas de troubles oculaires
  pas de vomissements, mais parfois une diarrhée qui marque la fin de la crise
  toujours une douleur sous-costale droite au cours de la migraine mais qui peut survenir isolément

- action :
  nulle des divers médicaments
  seule action du régime sans graisses ni chocolat

3 - Examen - pas de Murphy vrai

4 - Cholecystographie :- vésicule non lithiasique de volume normal
- bonne concentration
- coudure du siphon
- V.B.P. bien vue
  d = 5
  h = 30
  R = 0,16
- bonne évacuation , non douloureuse.

CONCLUSION : voies biliaires normales

OBS. N° 72

Madame V..... BH 60.736

54 ans
concierge

1 - Antécédents
- 1949 hystérectomie pour fibrome

2 - Migraines
- depuis la puberté
- 1 à 2 par mois
- pas de facteur déclenchant
- le matin au lever
- durant 24 heures au plus
- hémicranie droite

- accompagnéesde :
  pas de troubles visuels
  nausées, parfois vomissements qui calment
  jamais de douleur sous-costale droite en migraine.
  Mais assez souvent en dehors dvec irradiation à l'épaule droite.

- action : aspirine : +
  vibtil : +

3 - Examen
- pas de Murphy

4 - Cholecystographie
- vésicule normale non lithiasique
- bonne concentration
- siphon coudé.
- bonne évacuation non douloureuse
- VBP bien vue, parait normale

5 - Biligraphie
- T.A.V. = 10 minutes
- sans modificateur
  d : VBP = 5
  h : L2 = 30
  R = 0,16
- passages duodénaux

- après morphine :
  distension vésiculaire (X2)
  quelques passages duodénaux
  dilatation VBP = 9 R = 0,30

6 - T.C.M.
- non fait

CONCLUSION : Voies biliaires normales

OBS. N° 73

Madame V.... B.C. 6I. 266.

48 ans
sans profession

1 - Antécédents
- Tuberculose pulmonaire en I943
- mère migraineuse

2 - Migraines
- début à 33 ans
- 4 à 5 par mois
- pas de facteur déclenchant
- le matin au réveil
- durant 48 à 72 heures
- fronto-temporales droites

- accompagnées de :
  photophobie
  nausées, vomissements provoqués, car si bilieux stoppent la migraine
  toujours une douleur sous-costale droite irradiant en ceinture

- action :
  aspirine, gynergène = 0
  optalidon = +
  vibtil = ++

3 - Examen :
- murphy : +

4 - Cholecystographie
- lithiase vésiculaire, 5 calculs
- bonne opacification, volume normal
- évacuation normale, mais provoque une migraine typique
- V.B.P. parait filiforme

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- sans modificateur
  Non passages duodénaux
  d : VBP = 2
  h : L2 = 30
  R = 0,07

- après codéine
  persistent quelques passages
  distension vésiculaire notable
  pas de dilatation VBP
  R = 0,07
  provoque crise typique

6 - T.C.M.
- positif (migraine habituelle avec douleur sous-costale)

CONCLUSION : Lithiase vésiculaire avec V.B.P. Grêle

OBS. N° 74

Madame W..... B.H. 60 582

52 ans
Manutentionnaire

1 - Antécédents : - I943 gastrectomie pour ulcus de la P.C.

2 - Migraines
- début à 42 ans
- hémi-temporales gauches
- toujours la même chronologie
  crise de colique hépatique
  migraine gauche
  vomissements
- action :
  antispasmodiques : +

3 - Examen - Murphy : +

4 - Cholecystegraphie
- (I956)
- Lithiase vésiculaire (nombreux calculs polyedriques)
- V.B.P. non vue
- mauvaise évacuation qui provoque une crise (la malade refuse l'intervention)

5 - Biligraphie
(I960)
- vésicule exclue
- VBP dilatée
  d : = I0
  h : L2 = 28
  R = 0,35

(Cholecystectomie en I960 :
- Dr ROUX ; vésicule distendue, calculeuse, pas de lithiase cholédocienne
- Dr. LAUMONNIER : atrésie fibreuse du cystique)

La malade est revue en I96I, elle n'a jamais refait de colique hépatique et jamais eu de migraine depuis son intervention.

CONCLUSION : Gros cholédoque non lithiasique avec vésicule calculeuse exclue

OBS. N° 74

Madame W..... B.H. 60 582

52 ans
Manutentionnaire

1 - Antécédents : - I943 gastrectomie pour ulcus de la P.C.

2 - Migraines
- début à 42 ans
- hémi-temporales gauches
- toujours la même chronologie
  crise de colique hépatique
  migraine gauche
  vomissements
- action :
  antispasmodiques : +

3 - Examen - Murphy : +

4 - Cholecystegraphie
- (I956)
- Lithiase vésiculaire (nombreux calculs polyedriques)
- V.B.P. non vue
- mauvaise évacuation qui provoque une crise (la malade refuse l'intervention)

5 - Biligraphie

(I960)
- vésicule exclue
- VBP dilatée
  d : = I0
  h : L2 = 28
  R = 0,35

(Cholecystectomie en I960 :
- Dr ROUX ; vésicule distendue, calculeuse, pas de lithiase cholédocienne
- Dr. LAUMONNIER : atrésie fibreuse du cystique)

La malade est revue en I96I, elle n'a jamais refait de colique hépatique et jamais eu de migraine depuis son intervention.

CONCLUSION : Gros cholédoque non lithiasique avec vésicule calculeuse exclue

OBS. N° 75

Madame Y..... BC 59 I5

49 ans
Caissière

I - Antécédents
- I930 appendicectomie

2 - Migraines
- début à 40 ans
- 2 fois par mois
- pas de facteur déclenchant
- durant 3 jours
- hémicranie droite

- accompagnées de :
  photophobie
  nausées, vomissements
  douleurs sous-costales droites débutant 24 h. après le début de la migraine.

- action : aspirine = 0
  tubages duodénaux = 0

3 - Examen
- Murphy : +
- Troubles psychiques certains

4 - Cholecystographie
- vésicule normale non lithiasique
- bonne évacuation
- VBP parait normale

5 - Biligraphie
- T.A.V. = I5 minutes
- sans modificateur
  passages duodénaux rapides
  d : VBP = 3
  h : L2 = 28
  R = 0,II

- après morphine;
  arrêt complet des passages duodénaux
  distension vésiculaire normale
  cilatation VBP : d = 5
  R = 0,I7

6 - T.C.M.
- négatif

CONCLUSION : Voies biliaires normales

Vu, le Président de Thèse :
Professeur Charles DEBRAY

Vu, le Doyen de la Faculté :
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

I - ALBOT (G), KAPANDJI (M), POILLEUX (F) et FLAMANT (J)
Asystolie vésiculaire et cholécystatonie
Presse Médicale - I958, 66, , 28I-285;

2 - ALBOT (G), TOULET (J) et Mme TREHEUX (A)
Le syndrome radiologique d'hyper-évacuation vésiculaire
(vésicules irritables et vésicules irritées)
Semaine des Hopitaux de Paris I954, 30, 976-984.

3 - BRONDEL (H) Les syndromes douloureux hépato-biliaires et pancréatiques des migraineux. Etude clinique et pathogénique - Thèse Lyon I956 N° 37.

4 - BRONDEL (H) et BAYLE (JJ)
Les douleurs hépato-biliaires et pancréatiques de migraineux
Concours médical I957, 79, 2030-2034.

5 - CAMENA d'ALMEIDA
Le silence vésiculaire au cours de la migraine. Gazette des Hôpitaux, I953, I26, 358-359.

6 - CAROLI (J) et collaborateurs
Contribution à l'étude physio-pathologique du rôle du foie dans la migraine.
Semaine des Hôpitaux de Paris : I949, 4I, I743-I752

7 - CAROLI et Mme GILLES
La cholecystographie en crise. Intérêt diagnostique et physio-pathologique -Semaine des Hôpitaux Paris I95I, 3 , 2643-2648.

8 - CHIRAY (M) et TRIBOULET
Rôle de la stase cholécystique dans certains états migraineux qui guérissent par le drainage médical biliaire.
Presse médicale 1925, 1 . (3I3-3I5)

9 - CLURE (Mc), HUNTSINGER
Observations on etiology, symptomatology and treatment of migrainous state.
New Eng. J. Med. I928, I99, I3I2-I3I7.

I0 - DEBRAY (Ch), HARDOUIN (J?P.) et FABLET (J)
Le test "cholerétique-morphine"
Gastro-enterologia I962, 97, I37-I48.

11 - DEBRAY (Ch), Le CANUET (R) et JOURDE
Utilisation de la morphine dans les cholangiographies par voie veineuse
Archives des Maladies Appareil Digestif I954, 43, I086-I095.

I2 - GIRARD (M) Traitement de la migraine. J. Méd. Lyon, I953, I , II-I5

I3 - GOSSET (J.R.) La migraine. Concours médical I95I, 73, 384I-3845.

I4 - HAGUENEAU (J) et WEIL (E.B.)
Migraines - Encyclopédie médico-chirurgicale - Glandes endocrines, maladies de la nutrition I0535. AI0 (4-I960)

I5 - HANNEQUIN J.
Migraines et dystonies digestives . Rapport des journées médicales de France. Caen-Cabourg 26-29 juin I958, 427-440.

I6 - HUNT (T.C.) Bilious migraine, its treatment with bile salt préparations I933, Lancet 2 , 279-285.

I7 - KMENT (O.H.)
Les perspectives et les possibilités chirurgicales dans le traitement de la "migraine biliaire" Zentralblatt für chirurgie I955, 80, I479-I487.

I8 - LAGRUE (R) et LAGRUE (G)
La migraine . La France Médicale I96I, N° 2, 85-95.

I9 - LEDOUX, LEBARD, COLITZ
Anatomie radiologique des voies biliaires. Encyclopédie médico-chirurgicale Radio diagnostic tome IV. (33.560 AI0 33.560 CI0)

20 - LENORMAND (C)
La migraine : notions acquises et hypothèses récentes sur son diagnostic, ses causes et son mécanisme. Gazette Médicale de France I948, 55, 8I4-822.

2I - LUNA C. (De)
Migraines et céphalées digestives
Semaine des Hôpitaux de Paris, I955, 3I, 26I4-26I7.

22 - MALLET, GUY (P) et BLONDET (P)
Les possibilités chirurgicales dans le traitement des migraines d'origine biliaire
Lyon chirurgical I950, 45, 307-322)

23 - PASTEUR VALLERY-RADOT (L), WOLFROM (R) et BARBIZET (J)
Syndrome de vaso-dilatation hémicéphalique
Presse médicale I95I, 59, 589

24 - PLUVINAGE (R)
La migraine. Revue du Praticien 11 juillet 52, 2, N°20, I267-I270
La migraine et son traitement - Editions Sandoz (I96I),
Paris, I volume, II5 pages

25 - REY (J) Contribution à l'étude de la migraine digestive, influence du spasme du sphincter d'Oddi. Essai de traitement. Thèse Paris I956, N° 522.

26 - ROBERT (P.E.)
Etude physio-pathologique de la migraine par le tubage minuté. Ses applications thérapeutiques. Archives des maladies da l'appareil digestif - I952; 4I, 577-58I

27 - ROUX (M), DEBRAY (Ch), Le CANUET (R) et LAUMONIER (R)
Pathologie chirurgicale des voies biliaires extra-hépatiques
1 volume - 340 pages - Masson et Cie Ed. Paris I96I.

28 - SEGUR (G) La migraine. Etude historique et considérations statistiques
Thèse Paris I959 - N° 555.

29 - TOULET (J)
Méthode pratique de calcul du volume vésiculaire et du pourcentage volumétrique d'évacuation.
Revue internationale d'hépatologie I953, 3, I69-2II.

30 - TOULET (J) Explorations radiologiques des voies biliaires.
Méthodes médicales. Encyclopédie Médico-Chirurgicale
Foie 7042 M.IO (1 à I2)

3I - TWISS (J.R.), ARONSON (A.R.) et PIERTZ (C.O.)
Rapports des troubles des voies biliaires et de la migraine
Gastroentérology I95I, I7, 28-34.

32 - VACHON (A), BLONDET (P) et BUFFARD (P)
Formes cliniques des migraines. Bulletin de l'Association d'études physio-pathologiques du foie et de la nutrition. I949, 4 9-5I.

33 - WALTER (H), FEVRIER (M), LAMBERT (L)
Contribution à l'étude de la migraine. Bulletin de l'association d'études physio-pathologiques du foie et de la nutrition I949, 4, 65-74).

oOo

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION page 1

PLAN D'ETUDE page 3

I - HISTORIQUE page 4

II - DEFINITION CLINIQUE - MATERIEL D'ETUDES page 6

III - REVUE DE LA LITTERATURE page 13

IV - ETUDE RADIOLOGIQUE PERSONNELLE page 21

V - RESULTATS DE NOTRE ETUDE page 39

CONCLUSIONS page 41

OBSERVATIONS : page 43

- tableaux d'ensemble
- radiographie
- observations

BIBIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-9℄